

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1901

THÈSE

N°

223

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Février 1901, à 1 heure,

PAR

M. ALEXANDRE RASTOUIL

Interne des hôpitaux

Né à Vidaillat (Creuse) le 13 Septembre 1868

APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : { MM. RECLUS,
REYNIER,
BROCA (Aug) } *agregés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1901

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Février 1901, à 1 heure,

PAR

M. ALEXANDRE RASTOUIL

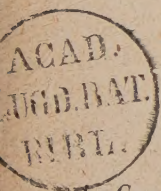
Interne des hôpitaux

Né à Vidaillat (Creuse) le 15 Septembre 1868

APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. RECLUS,
REYNIER, } *agregés.*
BROCA (Aug.) }



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.. ..	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale	CHANTEMESSE
Clinique des maladies des enfants.....	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEBOVE.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements	RAYMOND
	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
	TERRIER.
	PANAS.
	GUYON
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET (PIERRE)	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux Anatomiques : M. le Dr RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'en n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Monsieur GEORGES MANEUVRIER

Agrégé de l'Université,

Docteur ès sciences, Directeur adjoint du laboratoire des Recherches
physiques à la Sorbonne.

Monsieur,

Vous m'honorez de votre amitié ; laissez-moi vous
offrir ce modeste travail en témoignage de profonde
estime et de respectueuse affection.

A MA FAMILLE

Messieurs MAURICE BRIAND,

GASTON JAULIN,

ARMAND ROBIN,

qui ont à des titres divers des droits à notre reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TILLAUX,

Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de médecine, Commandeur
de la Légion d'Honneur.

Si quelque pensée peut nous consoler de quitter les maîtres qui nous ont guidé dans la carrière médicale, c'est celle, à coup sûr, de trouver enfin une occasion de leur affirmer publiquement notre reconnaissance.

Nous voudrions dire longuement à chacun de nos maîtres ce que nous lui devons et l'admiration que nous pouvons avoir pour lui. Mais cette tâche serait vraiment trop difficile.

Aussi bien serons nous bref et nous aimons à croire, qu'à travers cette brièveté voulue, nos maîtres sauront lire notre profonde gratitude et notre respectueuse affection.

Nous avons commencé nos études médicales à Bordeaux, où nous avons eu pour maîtres MM. Dudon et Baudrimont.

Nous avons suivi avec le vif désir d'apprendre du débutant les cliniques de MM. Demons, Lannelongue, Pitres.

M. le D^r Pitres nous a continué à Paris ses précieux encouragements ; nous l'en remercions vivement.

Au début de notre quatrième année de médecine nous sommes venus à Paris pour y poursuivre nos études.

A nos maîtres de la Faculté de Paris et des hôpitaux
et par ordre chronologique.

1° A nos maîtres en médecine :

MM. RIGAL,	Hôpital Necker.
JOFFROY,	Hôpital de la Salpêtrière.
LECORCHÉ,	} Maison municipale de santé.
BOURCY,	
GALLIARD,	
MATHIEU,	
TALAMON,	Hôpital Tenon.
BOURNEVILLE,	Hospice de Bicêtre.
GOMBAULT,	Hospice d'Ivry.

2° A nos maîtres en accouchements.

MM. TARNIER,	Clinique d'Assas.
MAYGRIER,	Hôpital de Charité.
BRINDEAU,	—
DÉMELIN,	—
BOUFFE DE SAINT-	
BLAISE,	—

3° A nos maîtres en chirurgie :

MM. POLAILLON,	Hôpital Hôtel-Dieu.
JALAGUIER,	Hospice des Enfants-Assistés
PIERRE DELBET,	Maison Dubois.
WALTHER,	—
LAUNAY,	Hôpital Saint-Louis.
RICARD,	—

Nous devons et nous nous faisons un plaisir d'adresser des remerciements tout particuliers à M. le Dr Walther et à M. le Dr Ricard.

Le Dr Walther nous a inspiré le sujet de ce travail et si celui-ci a quelque valeur c'est d'être un reflet bien pâle sans doute, mais nous l'espérons sincère des idées du maître. Nous n'oublierons jamais la grande bienveillance dont le Dr Walther nous a maintes fois donné des preuves.

Le Dr Ricard nous a laissé une large initiative opératoire dans son beau service de l'hôpital Saint-Louis et il restera pour nous un type de chirurgien brillant et aimable.

APPENDICITE CHRONIQUE

Avant-propos et historique

Les auteurs qui ont écrit sur l'appendicite chronique ont le plus souvent englobé sous le même titre l'appendicite à répétition, l'appendicite chronique secondaire à des crises aiguës et l'état chronique appendiculaire. Nous pensons qu'il est prudent de laisser à l'état chronique appendiculaire seul la dénomination d'appendicite chronique. En effet, que les crises appendiculaires soient à répétition, qu'elles précèdent seulement ou qu'elles suivent un état chronique, il n'en reste pas moins que ce sont toujours ces crises qui attirent l'attention, parce que leur symptomatologie présente des caractères assez saillants. Au contraire, l'état chronique appendiculaire se traduit par une série de symptômes à évolution lente, sourde, chronique et qui, suivant leur groupement, sont susceptibles de faire errer le diagnostic.

On pense au foie, aux reins, à l'estomac, à l'intestin, etc., et l'on ne songe pas à l'appendicite qui est la clef de cette symptomatologie. Il est donc de la plus haute importance de bien mettre en relief l'état chronique appendiculaire et parce qu'il est la seule forme d'appendicite véritablement dépourvue de crises, de lui réserver la dénomination d'appendicite chronique.

Ainsi comprise l'appendicite chronique est, au point de vue de l'histoire, de date toute récente.

C'est en mai 1897 que Brun a fait paraître dans la *Presse Médicale* les premières observations d'appendicite chronique. Au Congrès français de chirurgie du 17 au 22 octobre 1898 Walther a rapporté une série d'observations d'appendicite chronique et, depuis lors, cet auteur a donné lecture à la Société de chirurgie de communications nombreuses intéressant la question. Ewald, au Congrès allemand de chirurgie du 5 au 8 avril 1899, a rapporté, sous le titre d'appendicite larvée des observations très nettes d'appendicite chronique.

Enfin, à la séance de la Société de chirurgie du 11 février 1900, Jalaguier a fait remarquer, qu'après avoir été autrefois d'un avis différent, il était d'accord désormais avec Brun et Walther pour décrire cliniquement une appendicite chronique, ajoutant que cet état pathologique était bien établi histologiquement.

L'étude histologique de l'appendicite chronique a été faite par Letulle et Weinberg; elle a été publiée dans la *Presse Médicale* du 4 août 1897.

Walther a particulièrement attiré l'attention sur les lésions périappendiculaires de certaines appendicites chroniques et sur une forme bien caractérisée par un processus ascendant d'oblitération.

Depuis, Jalaguier a rapporté des cas analogues d'appendicite chronique à type ascendant d'oblitération. Tels sont les travaux qui ont le plus contribué à bien mettre en lumière les lésions et la symptomatologie de l'appendicite chronique.

Les autres indications seront données à la bibliographie.

Etiologie et pathogénie.

Il en est de l'appendicite chronique comme de l'appendicite aiguë et de l'appendicite à répétition : c'est l'infection qui est l'agent causal.

Cette infection peut être générale et créer une localisation appendiculaire ; c'est ainsi que l'on a observé et que l'on observe de temps à autre des appendicites à départ grippal, typhique, amygdalien, etc.

Elle peut prendre sa source dans une infection intestinale, comme il arrive dans les entéro-colites aiguës et dans certaines colites muco-membraneuses.

Elle relève quelquefois d'un foyer inflammatoire de voisinage. Les collections salpingiennes en particulier, contractent assez facilement des adhérences avec l'appendice et déterminent alors des lésions d'appendicite chronique.

Enfin les corps étrangers appendiculaires (calculs exceptés) qui sont loin d'avoir la fréquence qu'on a voulu leur assigner, sont susceptibles d'entraîner avec eux des germes infectieux et de léser les parois du canal appendiculaire, favorisant ainsi l'éclosion d'une appendicite.

Nous n'insistons pas sur les calculs rencontrés dans l'appendice, car leur valeur pathogénique est nulle. Loin d'être la cause de l'appendicite, ils sont seulement le résultat de l'état inflammatoire au même titre que les calculs à base calcaire qui se rencontrent dans la vessie.

La cavité close, comme l'a fait remarquer Brun, se rencontre surtout dans les formes chroniques de l'appendicite.

Dans bien des cas où la cavité close était parfaite, on n'avait pratiqué l'opération qu'à titre prophylactique pour mettre fin à un état appendiculaire léger, mais de longue durée.

D'autre part, des appendicites qui s'étaient traduites par

une symptomatologie assez bruyante permettaient de constater à l'opération un appendice à perméabilité parfaite.

Aussi bien, nous nous rallions à l'opinion de Brun, de Poncet, de Laveran qui font de la cavité close, non pas la cause de l'appendice mais l'un de ses résultats.

Comme l'a dit le professeur Terrier, les expériences de Klecki sur lesquelles on s'est appuyé en partie pour édifier la théorie de la cavité close ont été mal interprétées : « Dans les anses exclues, dit Klecki, la multiplication des bactéries est aussi peu possible que dans d'autres espaces limités, vu que ces dernières sont tuées, comme on sait, par leurs propres toxines, une fois que celles-ci se trouvent en quantité suffisante. »

Donc, d'après Klecki, le vase clos n'entraîne pas une virulence de plus en plus grande des bactéries et cet auteur ajoute que si les parois intestinales sont saines, les bactéries agissent peu sur la muqueuse de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, une fois installée dans l'appendice, l'infection s'y cantonne facilement et les raisons n'en sont pas difficiles à saisir : l'appendice est un organe riche en follicules clos, en tissu réticulé, c'est même là la caractéristique de sa structure.

Dans certains cas il y a coexistence de grosses amygdales, de végétations adénoïdes. Bland Sutton avait été si bien frappé, sinon de la coexistence, tout ou moins des analogies de structure entre l'amygdale et l'appendice, qu'il a donné à ce dernier organe le nom d'amygdale abdominale.

Cette richesse de l'appendice en tissu réticulé explique sa susceptibilité à l'infection et permet de comprendre comment les follicules clos une fois lésés, ses parois se laissent facilement traverser par les bactéries.

A ces raisons d'ordre anatomique s'ajoutent des raisons d'ordre physiologique et d'ordre pathologique.

Nous les résumerons en disant que toutes les hyperhé-

mies physiologiques, que tous les apports nouveaux de germes infectieux sont susceptibles de réveiller ou d'entretenir l'infection appendiculaire.

Ce sont ces diverses considérations qui ont fait dire à Roux : « L'appendicite créée, l'organe reste anatomiquement taré », et ailleurs : « le professionnel de l'appendicite garde dans son tissu adénoïde, dans les cicatrices résiduales périappendiculaires ou pariétales tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle pérityphlite, à l'occasion de toutes les hyperhémies physiologiques (indigestions, refroidissements, menstruation, etc.) »

Or c'est là la clef de l'état chronique de l'appendicite et des crises à des degrés divers d'acuité qui peuvent venir se greffer sur l'appendicite chronique.

Anatomie pathologique.

L'appendice peut être le seul organe intéressé, mais dans bien des cas, particulièrement *dans les états chroniques de longue durée*, il s'y ajoute des lésions périappendiculaires.

A. — ETUDE MACROSCOPIQUE.

1^o *Lésions appendiculaires.* — Quand on fait une appendicectomie pour appendicite chronique, l'appendice ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Il est quelquefois très facile à trouver et on le rencontre à sa place normale, d'autres fois il remonte le long des parois du cæcum et suivant la paroi qu'il a choisie comme tuteur il est externe, interne ou postérieur au cæcum et à des degrés variables d'élévation. Enfin l'appendice peut être descendant et s'engager alors soit dans le canal inguinal, soit dans le petit bassin où il devient quelquefois périvésical, le plus souvent périrectal et chez la femme périannexiel.

Quel que soit son siège, l'appendice peut apparaître avec des aliures normales dans les dimensions, dans la forme et dans l'aspect extérieur et cela malgré des lésions intimes très graves. Dans bien des cas il donne d'emblée l'impression nette de l'atrophie ou de l'hypertrophie. Il peut être rectiligne ou plus ou moins coudé ; on a trouvé, et nous avons vu nous-même des formes en U et en V. Quelquefois le calibre est uniforme sur toute la longueur de l'appendice, d'autres fois il présente des inégalités qui résultent de parties rétrécies précédant des portions appendiculaires dilatées ou leur faisant suite.

Dans certains cas, on a trouvé l'appendice complètement divisé en deux segments, que réunissaient quelques adhérences.

Walther et après lui, Potherat ont signalé à la Société de chirurgie une forme kystique. L'un des appendices kystiques présentés par M. Walther était particulièrement intéressant, il mesurait huit centimètres de long, son diamètre était de trois centimètres et il avait une circonférence de neuf centimètres.

Coupes macroscopiques. — Si l'on fend l'appendice dans le sens de la longueur, on peut trouver un canal appendiculaire libre dans toute son étendue ou au contraire rétréci et même oblitéré par places. Les rétrécissements peuvent séparer des portions normalement calibrées ou des espaces dilatés. La dilatation la plus habituelle est la dilatation terminale ; c'est elle qui, le plus souvent, renferme un ou plusieurs calculs seuls ou associés à du mucus ou suivant les cas, à quelques gouttes de liquide louche ou de liquide séropurulent.

Examine-t-on la paroi même qui limite le canal appendiculaire, les lésions observées sont des plus variables. Il existe quelquefois un ou plusieurs points de la paroi qui donnent l'impression d'une perforation imminente. Les lieux d'élection pour les perforations n'ont rien de bien fixe, mais il faut reconnaître que, sauf segmentation de l'appendice, c'est habituellement dans le tiers inférieur de cet organe, que l'on rencontre les perforations faites ou en train de se faire.

La muqueuse est le plus souvent supprimée par places et remplacée par un tissu blanchâtre, dur, qui est du tissu fibreux. Ce tissu se rencontre de préférence à l'endroit des rétrécissements. Dans certains cas, il est véritablement prédominant et caractérise par exemple l'appendicite d'origine annexielle qui a été bien étudiée par Delagenière du Mans et plus tard par Barnsby dans sa thèse inaugurale.

Il est d'autres formes d'appendicite où le tissu fibreux est oblitérant de l'extrémité terminale de l'appendice vers l'extrémité cæcale. Nous en avons vu quelques cas très nets chez Walther et chez Ricard. Dans ces deux circonstances l'appen-

dice était fibreux et oblitéré dans son tiers inférieur ; les lésions allaient ensuite en diminuant vers l'extrémité cæcale. Le processus fibreux était donc nettement ascensionnel et à tendance à l'oblitération totale.

Lésions périappendiculaires.

Ces lésions peuvent être de plusieurs ordres :

Des diverticules kystiques en communication avec le canal appendiculaire peuvent être rencontrés dans le mésoappendice. Walther en a signalé des cas à la Société de chirurgie. On peut également rencontrer des ganglions dans le mésoappendice. Dans une intéressante observation lue par Walther à la Société de chirurgie, il s'agissait d'une malade atteinte d'appendicite chronique et dans laquelle Widal avait constaté que les agents microbiens très virulents du ganglion étaient les mêmes que ceux du canal appendiculaire. On peut donc trouver des adénites périappendiculaires dans les appendicectomies pour appendicite chronique.

Mais ce sont les fausses membranes, les adhérences, qui constituent la traduction la plus fréquente du retentissement inflammatoire périappendiculaire. Walther a étudié ces adhérences et son élève Levrey a fait sa thèse sur les adhérences épiploïques. Les fausses membranes adhérentes peuvent se relier à la paroi, aux diverses portions de l'intestin grêle ou du gros intestin, aux annexes, à la vessie. Les adhérences les plus fréquentes sont les adhérences épiploïques.

L'épiploou se présente alors le plus souvent épaissi, rétracté blanchâtre et comme absolument fibreux par places, il peut adhérer aux organes de voisinage et plus particulièrement au cæcum et au colon ascendant.

Dans certains cas on rencontre de petits foyers dans les adhérences épiploïques ou autres, des brides fibreuses susceptibles d'entraîner des accidents d'occlusion.

Le plus souvent cependant ces petits foyers infectieux et ces brides sont le reliquat de poussées subaigues qui sont venues se greffer sur l'appendicite chronique.

Etude microscopique.

Cette étude a été faite de façon magistrale par Letulle et Weinberg.

Les quelques lignes qui suivent ne sont qu'un court résumé de leurs recherches.

Dans l'appendicite chronique comme dans l'appendicite aiguë c'est la folliculite qui constitue la lésion fondamentale. Nous devons faire remarquer cependant que c'est à Pilliet que revient l'honneur d'avoir le premier bien mis en relief ce point capital.

Hormis les cas d'oblitération cicatricielle du canal appendiculaire dans lesquels il y a disparition des follicules, toute appendicite chronique est essentiellement caractérisée par une folliculite chronique qui peut être hypertrophique, hyperplasique ou atrophique.

1° *Appendicite hypertrophique.* — Les glandes de Liberkuhn sont allongées, les follicules lymphatiques hypertrophiés envahissent le chorion de la muqueuse et peuvent venir toucher le revêtement épithélial. A leur niveau les glandes s'écartent, par une sorte de dislocation qui respecte leur embouchure et refoule le canal.

La sclérose du tissu conjonctif sous-muqueux ne fait jamais défaut dans ces faits. Les couches musculuses restent normales, s'hypertrophient ou s'atrophient selon les cas.

2° *Appendicite hyperplasique.* — Outre l'hypertrophie des follicules, on observe une multiplication de ces éléments, qui peuvent tracer au-dessous de la muqueuse une couche continue d'énormes îlots de tissu réticulé. L'hyperplasie des cellules adipeuses s'observe de même, communément dans les régions sous-muqueuses en particulier. L'état des glandes de Liberkuhn et des fibres musculaires est indépendant des processus folliculaires.

3° *Appendicite atrophique.* — L'organe entier peut être réduit au minimum. L'involution de ses parties constitutives peut être générale ou localisée ; dans ce dernier cas, la muqueuse et ses dépendances sont les parties les plus frappées.

Au niveau de la sténose circonscrite du canal appendiculaire, les altérations atrophiques partielles de la muqueuse sont des plus apparentes et la disparition de tout le système folliculaire y est possible ainsi que celle des glandes.

L'oblitération totale cicatricielle de l'appendice ne comporte plus traces de glandes ni de follicules.

Symptomatologie

Forme type. — *Appendicite chronique d'emblée.* — Il s'agit le plus souvent d'un malade qui se plaint de phénomènes douloureux, de troubles digestifs ou d'une association de ces deux ordres de symptômes.

La douleur spontanée est très variable; chez quelques sujets c'est une douleur presque constante, sourde et qui s'exagère au moindre effort; chez d'autres malades la douleur n'est guère ressentie qu'à l'occasion des refroidissements, des fatigues, des marches, des promenades en voiture.

Il semble, enfin, que la douleur appendiculaire ait parfois son heure de prédilection, car elle réveille assez souvent le malade la nuit vers trois heures du matin.

Elle se traduit sous forme d'élancements, de sensations de tension, de gêne. Chez une malade opérée par Walther et dont l'appendice renfermait trois gros calculs et était libre d'adhérences, il existait une sensation nette de ballonnement; la malade sentait l'appendice se déplacer.

La douleur appendiculaire est quelquefois parfaitement localisée dans la fosse iliaque droite, d'autres fois elle est diffuse dans tout l'abdomen. Même dans ce dernier cas le malade fait souvent remarquer que la douleur part de la fosse iliaque droite ou qu'elle disparaît en dernier lieu dans cette région.

Ces douleurs spontanées peuvent offrir des irradiations sous-hépatiques, rénales; elles peuvent se prolonger le long de la cuisse droite ou vers le testicule. Chez un médecin atteint d'appendicite et que soignait Walther, les douleurs vers le testicule étaient telles que le malade avait songé à la possibilité d'un varicocèle qui n'existait pas d'ailleurs.

Les douleurs spontanées appendiculaires s'associent souvent à une sensation de barre dans la région épigastrique,

que Meslier signalait déjà en 1827. Walther a remarqué que chez certains malades la douleur épigastrique existait seule.

Les troubles digestifs sont très fréquents. Le malade ne peut pas prendre tel ou tel aliment, qui reste le même pour chaque malade.

Walther a remarqué souvent que les malades atteints d'appendicite refusaient les viandes rouges, les aliments gras.

Mais il ne s'agit pas ici d'un véritable dégoût, d'une perte d'appétit, d'une anorexie élective comme il arrive chez les cancéreux par exemple.

Si les malades refusent tel ou tel aliment ce n'est pas qu'ils en éprouvent du dégoût; ils brûlent au contraire quelquefois du désir de le prendre, mais ils ont remarqué que, chaque fois qu'ils avaient cédé à ce désir, ils avaient essuyé une recrudescence des douleurs.

Les nausées sont fréquentes, quelquefois même il se produit des vomissements. Les enfants, par exemple, sont réveillés la nuit par des douleurs qui s'accompagnent de vomissements alimentaires et l'on songe à tort à une simple indigestion.

On peut rencontrer tous les signes d'une dilatation d'estomac, que celle-ci ne soit qu'une coïncidence ou, comme on en a signalé des observations, qu'elle tienne à des adhérences qui ont d'abord produit la ptose de l'organe puis son ectasie.

L'infection qui est ici la cause la plus commune des troubles gastriques observés peut aussi produire des désordres intestinaux et le malade accuse alors des coliques avec constipation et diarrhée; le plus habituellement on observe une constipation marquée avec ou sans ballonnement du ventre. Suivant les cas, cette infection intestinale revêt la forme de l'enterocolite simple ou celle de la colite muco-membraneuse. Dans tous les cas elle retentit d'une manière plus ou moins active sur la cellule hépatique et dans certaines observations on a noté un foie gros, sensible, avec un léger subictère.

A la longue les troubles digestifs et les phénomènes douloureux, que nous venons de décrire, retentissent sur l'état général du malade. Celui-ci présente un faciès terreux, il a les yeux cernés, la langue sale et il sent ses forces diminuer de jour en jour.

La fatigue est constante et le malade la ressent même le matin au lever. Dans certains cas le sujet atteint d'appendicite chronique devient absolument cachectique et toujours, mais dans une mesure proportionnée à son degré de nervosisme, il est inquiet, préoccupé de l'apparition possible d'une nouvelle crise. Cette crainte lui fait prendre des précautions qui ne sont pas toujours en harmonie avec ses obligations ; il s'agit en un mot d'un véritable infirme.

Les symptômes fonctionnels et généraux auront encore une plus grande valeur si l'on peut dépister, dans les antécédents du malade, une maladie générale infectieuse (grippe, fièvre typhoïde, etc.) qui puisse être la date initiale des désordres constatés.

Mais, dans les cas difficiles, c'est l'étude des signes physiques qui met le plus souvent sur la voie.

L'hyperesthésie cutanée et la contraction des droits ne se rencontrent pas dans l'appendicite chronique, à moins que des crises ne soient venues se greffer sur elle pour en modifier la nature.

En revanche si l'on déprime doucement et progressivement la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, on constate des symptômes de la plus haute valeur.

C'est d'abord un point douloureux, que l'on appelle généralement le point de Mac Burney, du nom de l'auteur américain qui, le premier, a bien montré sa valeur séméiologique.

Ce point douloureux s'obtient par la pression faite à l'aide d'un seul doigt sur le milieu d'une ligne, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit à l'ombilic. On a beaucoup discuté sur l'importance qu'il faut accorder au point de Mac Burney.

Quelques auteurs n'hésitent pas à dire que le point de Mac Burney est un trompe-l'œil. Si l'on s'entoure de certaines précautions, nous croyons, que ce point douloureux qui pouvait être une occasion d'erreur, deviendra pour le diagnostic un élément de premier ordre.

Il est vrai que, dans certains cas, le maximum de la douleur n'est pas dans la fosse iliaque droite. C'est rarement parce que l'appendice est situé dans la fosse iliaque gauche, c'est le plus souvent parce que la péritonite partielle, partie du côté droit, est restée prédominante à gauche. On réveille alors le maximum de la douleur dans la fosse iliaque gauche. De même il arrive assez souvent, et Traube a beaucoup insisté sur ce point, que la douleur est surtout péri-ombilicale ou épigastrique.

La péritonite peut, dans ses localisations, expliquer encore ce déplacement du maximum de la douleur, mais dans bien des cas, sans recourir à l'hypothèse péritonitique on peut expliquer ces phénomènes douloureux d'une manière purement réflexe.

Il faut en effet se rappeler, que les filets du plexus mésentérique supérieur innervent les tuniques de l'intestin grêle, du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse et que ces filets nerveux relèvent du plexus solaire, dont elles ne sont qu'une expansion.

Il est dès lors facile de comprendre qu'une lésion qui intéresse les filets efférents du plexus solaire puisse retentir sur ce plexus lui-même.

Et ce qui prouve bien, que ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, c'est qu'en éveillant le point de Mac Burney on provoque souvent du même coup l'apparition d'une douleur au creux épigastrique ou tout autour de l'ombilic.

Quelquefois le point douloureux classique est un peu déplacé et c'est ce que l'on remarque dans certaines formes d'appendicite pelvienne, comme l'a dit dans sa thèse notre ami Chevalier.

Il faut alors chercher le point douloureux un peu au-dessous de la ligne classique, et si le malade est une femme, il faut se méfier de la possibilité d'une provenance annexielle.

Dans la plupart de ces cas, le toucher, que l'on ne doit jamais négliger de pratiquer, sera seul capable de fixer le diagnostic.

Il permettra bien souvent non seulement d'interpréter les lésions utérines ou annexielles, mais encore de sentir l'appendice collé contre le rectum ou contre la paroi du petit bassin et la douleur appendiculaire provoquée remontera le long du côlon.

Mais le plus souvent on trouve le point de Mac Burney. C'est aussi l'opinion de notre ancien maître Jalaguier, qui a dit, à l'occasion de la communication de Gérard-Marchant sur l'adénite précæcale : « La localisation des ganglions et des lymphatiques explique peut-être le siège presque constant du point de Mac Burney, quelle que soit la situation de l'appendice. »

Walther nous a fait remarquer un autre caractère important de ce point douloureux appendiculaire, quel que soit son siège, c'est qu'il persiste un certain temps, un quart d'heure parfois, après qu'on en a déterminé l'apparition par la pression au point d'élection.

Le point de Mac Burney conserve donc une très grande valeur, mais il n'est pas le seul signe physique que l'on puisse rencontrer dans l'appendicite chronique.

On sent souvent, en déprimant profondément la paroi abdominale un cordon plus ou moins volumineux. Nous ne disons rien des sensations de plastron ou de masse qui relèvent des poussées aiguës et non de l'appendicite chronique.

Mais la sensation du cordon ne mérite pas toujours, il s'en faut, la même interprétation.

Parfois on croit sentir l'appendice sous le doigt et l'opération laisse vérifier l'exactitude de cette sensation.

Il ne faut guère compter sur des sensations aussi précises et

le plus souvent, quand on sent un cordon, il s'agit de fausses membranes, d'adhérences qui englobent et masquent plus ou moins complètement l'appendice. Il existe d'ailleurs, comme nous l'a enseigné Walther, des pseudo-cordons; on a cru sentir un cordon à la palpation et l'incision révèle que cette sensation était produite par le bord d'un grand droit très large ou par l'angle externe d'union des aponévroses du droit chez les femmes à paroi abdominale flasque.

Sans doute ces cas sont rares, mais encore faut-il les avoir présents à l'esprit, car ils se sont rencontrés. On a signalé et nous avons eu nous-même l'occasion de constater un *cæcum* dilaté à gargouillements nets et à côté de lui un noyau gros en apparence comme le pouce et sensible à la pression.

Walther nous a dit que chez une malade, un spasme limité au côlon ascendant et accompagnant l'appendicite donnait, lorsqu'on mobilisait la tumeur, l'impression d'un rein mobile, d'autant que les douleurs très vives siégeaient essentiellement dans la région lombaire droite.

Enfin la palpation abdominale peut ne fournir aucun autre renseignement que le point de Mac Burney. S'il s'y ajoute des tiraillements localisés à la fosse iliaque droite et s'exagérant au moindre effort, on doit songer à la possibilité d'adhérences épiploïques, mais on ne peut pas en affirmer l'existence car, comme nous l'a dit Walther, l'opération a souvent, dans ces cas, démontré leur absence.

Nous venons de décrire les symptômes que l'on rencontre le plus habituellement à l'examen d'un malade atteint d'appendicite chronique.

Mais à côté de cette symptomatologie qui réunit sous les yeux de l'observateur des signes variés et qui s'ajoutent les uns aux autres pour mieux l'éclairer, il est bien des cas où tel groupe symptomatique prend une telle importance, qu'il absorbe toute l'attention.

Et voilà pourquoi nous jugeons utile de distinguer trois

formes d'appendicite chronique qui nous paraissent répondre assez bien à la pluralité des cas difficiles. Les modifications de l'appendicite chronique suivant le siège de l'appendice sont suffisamment indiquées dans l'étude des symptômes et du diagnostic, pour qu'il nous semble inutile de bâtir sur elles de nouvelles variétés qui ne serviraient qu'à compliquer très inutilement le tableau clinique.

a) *Forme douloureuse (avec ou sans accès à répétition).* — L'élément douleur est susceptible de revêtir bien des modalités : douleur sourde, persistante, exagérée par les fatigues, les efforts ; douleur légère et de peu de durée ne survenant que de temps à autre, d'une manière intermittente ; douleur enfin se traduisant avec violence à l'occasion des attaques qui sont venues se greffer sur un état chronique.

Constante ou passagère, sourde ou violente, la douleur appendiculaire peut s'associer à une sensation de barre épigastrique ; elle peut, en outre, offrir des irradiations variées, que nous avons eu l'occasion d'indiquer précédemment.

A supposer que l'une ou l'autre de ces irradiations devienne prédominante, l'attention du malade sera localisée sur elle et pour peu qu'il s'y ajoute du nervosisme seulement ou une névrose caractérisée, on comprendra combien l'erreur est facile et comment ont pu se tromper des cliniciens expérimentés.

Affections rénales, hépatiques, gastriques, intestinales, utéro-annexielles seront successivement diagnostiquées et l'on ne songera pas à l'appendicite.

b) *Forme dyspeptique.* — Les troubles digestifs dominent à ce point qu'ils masquent les symptômes concomitants. Ces troubles peuvent prendre une physionomie gastrique ou plus spécialement intestinale. On songe alors à une gastralgie, à une gastrite, à une dilatation d'estomac, à une entérite et l'on ne pense pas à l'appendicite. On entreprend un traitement médical, qui parfois pendant quelque temps paraît donner un

peu d'amélioration, mais le malade ne guérit pas, son appétit se perd de jour en jour, il prend peu à peu la teinte cachectique et l'on craint, finalement, qu'il ne s'agisse d'un néoplasme.

La douleur spontanée est ici à peine esquissée, seuls les signes physiques mettront sur la voie du diagnostic.

c) *Forme nerveuse*. — Dans cette variété, ce sont les phénomènes réflexes qui occupent la place prépondérante. Le malade exagère sa douleur et lui assigne des localisations multiples. Rendu a publié des observations de malades, dont l'état nerveux avait tellement modifié le tableau symptomatique, que des maîtres avaient porté le diagnostic de péritonite généralisée, alors qu'il s'agissait d'une simple colique appendiculaire avec des phénomènes réflexes extrêmement marqués.

Cependant, même dans cette forme à grand tapage, où l'on retrouvera souvent, avec un peu d'attention, les manifestations d'une névrose, l'absence de modifications dans la température constituera un signe des plus importants. De plus, en revoyant le malade aux heures plus calmes, on pourra souvent retrouver le véritable point de départ de la douleur.

Nous ne disons rien de la chloroformisation, qui peut induire en erreur, car en matière d'appendicite, le fait de ne rien sentir sous le chloroforme n'implique ni l'absence ni le peu de gravité des lésions appendiculaires.

Diagnostic.

Nous ne songeons pas à établir un diagnostic différentiel entre l'appendicite chronique et toutes les affections qui peuvent avoir avec elle quelques points communs.

Il faudrait passer en revue toute la pathologie abdominale sans parler du point de côté souvent abdominal de la pneumonie chez l'enfant et de la douleur de certaines coxalgies.

D'une manière générale, les caractères de la douleur appendiculaire et les antécédents du malade éclaireront souvent le diagnostic. Cependant l'erreur est fréquente et si l'on n'y prend garde elle est facile.

N'avons-nous pas vu, au cours de l'étude clinique de l'appendicite chronique, que les troubles dyspeptiques sont parfois tellement prédominants qu'ils captent toute l'attention ?

Que ces troubles revêtent une physionomie essentiellement gastrique et l'on songera à une gastrite, à une dilatation d'estomac ; qu'ils se traduisent surtout par une symptomatologie intestinale et l'on fera le diagnostic d'entérite ou de cœlite avec ou sans muco-membranes mais on ne recherchera pas l'appendicite qui est souvent la clef de tous les désordres constatés.

En voici un exemple assez fréquent et que nous choisissons parmi de nombreux cas du même genre. Un malade se présente. Il a le facies terreux, il est amaigri ; il est de plus neurasthénique, toujours constipé avec ptose viscérale et cœlite avec ou sans muco-membranes. Le malade se plaint de souffrir dans le ventre et soit parce qu'il souffre plus à droite, soit seulement parce que son attention est momentanément attirée sur ce point, il montre la fosse iliaque droite. On palpe la région et on trouve un boudin cæcal douloureux, puis on explore le côlon transverse, le côlon descendant on les trouve plus ou

moins contractés et douloureux ; on apprend que le malade rend des muco-membranes et on fait le diagnostic de cœlite muco-membraneuse chez un neurasthénique. On ne songe pas à explorer de parti pris l'appendice, dont la lésion est si souvent associée et qui, dans certains cas, tient même sous la dépendance exclusive de ses lésions les désordres intestinaux.

Nous pourrions faire la même réflexion à l'occasion des phénomènes douloureux et des manifestations nerveuses.

Dans l'étude de l'élément douleur on devra s'attacher à bien saisir les caractères de cette douleur et ses irradiations électives, de manière à ne pas confondre la colique hépatique ou la colique néphrétique avec la douleur appendiculaire. Il va sans dire que, dans ces derniers cas, on ne pourra négliger ni l'exploration du foie ni celle de la vésicule biliaire ou de la région rénale et l'on s'aidera de l'examen des urines, des selles et de l'étude attentive des antécédents.

Le rein mobile a fait commettre plus d'une erreur, soit qu'on ait considéré comme un rein mobile un spasme limité du colon fuyant sous le doigt comme nous en rapportons une observation dans ce travail, soit que l'on ait mis sur le compte d'un rein mobile des accidents qui relevaient de l'appendicite. Nous ne saurions trop le redire, c'est la recherche systématique de l'appendicite qui, dans bon nombre de ces cas difficiles, mettra sur la voie. Si les phénomènes nerveux tiennent une grande place dans la symptomatologie, la recherche des antécédents, des zones hystérogènes, des stigmates, etc., et l'étude attentive de la courbe thermique permettront de faire la part de ce qui peut revenir à l'appendicite ou de ce qui relève plus particulièrement d'une névrose.

Pour ne pas esquisser trop rapidement un chapitre aussi important que celui du diagnostic, nous allons ajouter aux considérations générales qui précèdent une étude détaillée des relations de l'appendicite chronique avec les salpingites, avec la cœlite muco-membraneuse, avec la cholécystite calculieuse et finalement avec la tuberculose.

Appendicite chronique et salpingite.

La coexistence de ces deux affections est fréquente. Il existe même, comme l'ont bien fait remarquer Delagenière et Barnsby, une appendicite d'origine salpingienne qui revêt le plus souvent le type de l'appendicite chronique d'emblée. L'erreur est donc facile et cependant l'importance est capitale de ne pas prendre une appendicite pour une salpingite et de savoir, au cas de coexistence de ces deux affections, faire exactement la part des symptômes qui reviennent à chacune d'elles.

Lorsque les lésions salpingiennes sont bien marquées des deux côtés, la bilatéralité même des lésions est un excellent signe. Mais on ne saurait trop répéter, avec Richelot, qu'il existe des appendicites pelviennes et des salpingo-ovarites à siège élevé et si la tuméfaction siège uniquement à droite, on peut hésiter entre ces deux affections.

De même quand il n'y a pas de tuméfaction et que la douleur siège exclusivement à droite, pour peu qu'elle soit un peu au-dessous de la ligne de Mac Burney, comme on l'a signalé dans certains cas d'appendicite pelvienne, il peut être assez difficile de se prononcer.

Cependant quelques symptômes permettront de faire le plus souvent un bon diagnostic différentiel.

Nous allons les passer en revue. Les antécédents de la malade ont tout d'abord une grosse importance.

La malade a toujours été assez bien réglée et on ne relève dans son histoire pathologique ni accouchements ni fausses-couches ni pertes suspectes ; on peut penser déjà qu'il peut bien ne pas y avoir de salpingo-ovarite.

Mais si de plus on relève des troubles dyspeptiques et des phénomènes douloureux à localisation à droite qui paraissent remonter à l'éclosion d'une maladie générale infectieuse

comme la grippe, la fièvre typhoïde, etc., on doit alors faire un pas de plus et songer qu'il peut être question d'une appendicite.

D'ailleurs, à côté de ces présomptions fournies par l'étude des antécédents viennent se ranger toute une série d'éléments différentiels importants.

L'appendice n'est-il pas pelvien, la douleur appendiculaire occupe le siège classique ; elle ne peut donc pas être confondue avec la douleur salpingienne qui est réveillée à deux doigts au moins au-dessous et en dedans du point de Mac Burney.

L'appendice est-il pelvien et le point classique de l'appendicite est-il déplacé, les caractères différentiels restent encore très importants.

La douleur appendiculaire provoquée reste presque toujours un point douloureux, la douleur salpingienne est plutôt une surface douloureuse, elle est plus étendue, moins fixe.

Si l'on éveille la douleur appendiculaire, on réveille souvent du même coup la douleur épigastrique. Dans les salpingites la douleur épigastrique peut se rencontrer, mais elle n'est pas réveillée par la pression sur la zone amexielle.

En théorie, le fait pourrait se rencontrer puisque le plexus ovarique n'est qu'une dépendance du plexus solaire, en pratique cette constatation est exceptionnelle.

Mais ce qu'il faut aussi se rappeler, c'est que, si la poussée congestive de la menstruation peut exercer quelque influence sur l'appendicite, cette influence est généralement faible, souvent même nulle, tandis qu'elle est habituellement considérable sur l'évolution d'une salpingite.

De plus, la menstruation terminée, si la femme est au repos et au traitement, la salpingite se calme le plus souvent ; au contraire l'appendicite continue à réagir.

Dans tous les cas de doute, on ne devra jamais faire un diagnostic différentiel sans avoir pratiqué le toucher rectal ou vaginal.

Le toucher vaginal est très important. Il permet d'étudier l'utérus, les annexes, de constater si les lésions sont bilatérales ou unilatérales. Nous n'avons pas à envisager ici l'hypothèse des collections, puisque nous étudions uniquement l'appendicite chronique, mais le toucher vaginal permettra de ne pas confondre la grosse trompe fibreuse ou catarrhale avec le cordon de l'appendicite pelvienne. Celui-ci est plutôt vertical qu'horizontal ; il ne s'étend pas de la paroi latérale du petit bassin à l'utérus, il descend le plus souvent verticalement le long de la paroi pelvienne. Si l'on exerce une pression sur une trompe douloureuse, on détermine des douleurs dans le petit bassin avec irradiations multiples ; si l'on a fait porter cette pression sur l'appendice, la douleur est plus fixe, moins diffuse, elle ne s'étend pas à tout le petit bassin, elle reste à l'endroit comprimé et remonte le long du côlon.

Dans les cas où le toucher vaginal ne peut être pratiqué, le toucher rectal ne doit pas être négligé. Il pourra permettre souvent de constater les phénomènes, que nous venons de signaler. Enfin, même si l'on a pu utiliser l'exploration vaginale et si celle-ci n'a pas donné un résultat suffisant, on devra pratiquer le toucher rectal qui permettra quelquefois de sentir l'appendice collé contre une des parois du rectum et d'y réveiller au contact des douleurs à caractères électifs. Nos anciens maîtres Walther et Jalaguier insistaient beaucoup sur la valeur de ces derniers signes et nous avons eu nous-même l'occasion de remarquer la justesse de leurs observations.

Appendicite et cœlite muco-membraneuse.

Malgré les déclarations, qui ont été faites au dernier Congrès de médecine, nous croyons que l'appendicite peut accompagner la cœlite muco-membraneuse et nous pensons que ce serait une erreur qui pourrait devenir préjudiciable au malade d'éliminer systématiquement l'appendicite du fait de la constatation d'une cœlite muco-membraneuse.

Nous nous rallions ainsi à l'opinion de Reclus acceptée depuis par Comby et par Jalaguier.

Nous avons encore récemment sous les yeux une malade qui était entrée dans le service de notre maître Ricard avec le tableau symptomatique de l'appendicite et avec celui de la cœlite muco-membraneuse. On lui a fait l'appendicéctomie; l'appendice examiné présentait des lésions caractéristiques. Les phénomènes appendiculaires ont disparu, mais les signes de la cœlite muco-membraneuse persistent.

Mathieu, dont la compétence est grande en pareille matière dit, qu'il a vu quelquefois des crises d'appendicite bien nettes survenir chez des malades qui avaient eu de la cœlite muco-membraneuse et il ajoute que chez trois de ces malades l'intervention chirurgicale a établi la réalité des lésions appendiculaires.

Nous rapportons nous-même dans ce travail quelques observations qui sont à cet égard très probantes.

Il ne faut donc pas éliminer de parti pris l'appendicite parce que l'on a constaté l'existence d'une cœlite muco-membraneuse. D'autre part il faut savoir bien différencier l'une de l'autre ces deux affections. Avec un peu d'attention, ce diagnostic sera le plus souvent assez facile.

Dans la cœlite muco-membraneuse la douleur n'est pas circonscrite au point de Mac Burney; elle est réveillée sur le

trajet du côlon ascendant et du côlon descendant, plus rarement sur le trajet du côlon transverse.

Quelquefois elle est plus limitée et bien qu'elle ait une prédilection pour le côlon descendant, elle peut être localisée au côlon ascendant, mais elle est toujours plus diffuse, plus étalée ; elle n'a jamais la fixité de la douleur de Mac Burney.

Les crises douloureuses se jugent d'ailleurs par l'évacuation d'une quantité plus ou moins grande de mucus et de membranes.

S'il y a de la fièvre quelquefois dans la cœlite muco-membraneuse, soit au début de la cœlite, soit au moment des paroxysmes, ce n'est guère que dans les formes très graves et le plus habituellement la fièvre ne se rencontre pas dans la cœlite muco-membraneuse.

Enfin « la corde colique » n'est pas constante, mais elle se rencontre fréquemment. Elle était très nette chez la malade que nous avons observée dans le service il y a quelques jours ; le gros intestin paraissait réduit au volume du pouce et il roulait sous le doigt.

Appendicite chronique et cholécystite calculieuse.

Si l'appendice est très remontant et sous-hépatique, des poussées de péritonite peuvent le fixer dans cette situation et le faire adhérer à la face inférieure du foie. L'angiocholite des voies biliaires de voisinage peut suffire alors pour produire de l'ictère et, de plus, Potain a fait remarquer que les douleurs de la cholécystite calculieuse peuvent irradier tout le long du côlon ascendant et retentir jusque dans la fosse iliaque droite.

Les difficultés peuvent donc être assez sérieuses ; cependant il n'est pas impossible d'éviter l'erreur. Les douleurs de la cholécystite calculieuse peuvent bien retentir dans la fosse iliaque droite, mais leur maximum *reste vésiculaire* et leurs irradiations ont des caractères un peu particuliers, elles sont surtout intercostales et scapulaires droites. Nous avons vu qu'il en était tout autrement dans l'appendicite. L'ictère peut se rencontrer dans la variété sous-hépatique de l'appendicite, mais il est bien moins accusé que l'ictère par rétention qui est susceptible d'accompagner l'oblitération plus ou moins complète des voies biliaires. S'il y a oblitération du cholédoque, à l'ictère prononcé s'ajoute la décoloration des matières fécales et le diagnostic est alors facile.

Nous ne disons rien des cas où l'on a pu constater des calculs dans les selles, le diagnostic différentiel est alors trop facile.

Appendicite chronique et tuberculose.

Pour qu'il y ait masse ou plastron pouvant faire songer à la tuberculose ileo-cæcale, à l'actinomyose, au lymphadénome, au cancer ileo-cæcal, il ne suffit pas qu'il y ait appendicite chronique, il faut que des crises plus ou moins vives soient venues se greffer sur cet état chronique. Nous n'étudierons donc pas ici ces différentes hypothèses qui ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet, mais, comme l'a fait remarquer Brun, il est des formes légères et localisées de péritonite tuberculeuse qui ne sont guère différenciées de l'appendicite chronique que par la douleur bien localisée qui distingue l'appendicite.

D'autre part, chez un prédisposé, les lésions inflammatoires chroniques de l'appendice constituent un foyer d'appel pour la tuberculose. Quand on voudra s'éclairer sur la nature tuberculeuse possible des lésions de l'appendicite chronique, il ne faudra pas se baser sur la pâleur, sur l'amaigrissement et même sur le cachexie du malade, car tous ces signes peuvent se rencontrer au cours de l'appendicite chronique. On recherchera attentivement la tuberculose non seulement au niveau des poumons, mais encore dans les régions ganglionnaires ; on explorera dans le même sens les testicules, la prostate et la surface même de la peau.

Si cet examen n'a donné aucun résultat positif, il sera très utile de rechercher à plusieurs reprises le bacille de Koch dans les parties glaireuses et puriformes des selles. Signalons aussi, en terminant ce chapitre, la diarrhée colliquative, qui, sans avoir une valeur absolue, appartient cependant plus spécialement à la tuberculose.

Complications.

Dans l'étude que nous avons entreprise, nous avons écarté soigneusement les appendicites à répétition, pour bien mettre en relief l'état chronique appendiculaire.

Mais une complication toute naturelle et malheureusement trop fréquente pourra survenir, c'est l'apparition d'une poussée aiguë qui, suivant les cas, se terminera par une péritonite généralisée ou par une localisation des phénomènes inflammatoires.

En étudiant des malades atteints d'appendicite aiguë, nous avons remarqué que l'état chronique appendiculaire paraissait être très souvent le stade initial.

Si l'on interroge soigneusement les malades atteints d'accidents aigus, on constate souvent des troubles dyspeptiques et des phénomènes douloureux assez caractéristiques, qui remontent à une date plus ou moins éloignée, quelquefois à plusieurs années de distance. Quoi qu'il en soit, nous ne faisons que signaler l'apparition possible de crises aiguës avec leurs complications locales ou à distance.

Dans l'appendicite chronique, l'infection filtre pour ainsi dire continuellement à travers les parois de l'appendice, qui ne sont plus protégées par les follicules clos altérés. L'économie tout entière souffre de cette imprégnation permanente. On assiste parfois à la production d'accidents hémorrhagiques, hématomésés, méloëna, etc.; nous en rapportons un cas dans l'observation.

A la longue, la cellule hépatique et la cellule rénale s'altèrent; on peut alors constater de l'albumine dans les urines, des pigments biliaires accompagnant un léger subictère avec foie gros et douloureux.

Riese a signalé deux cas de pyélite au cours de l'appendicite

chronique et, dans les deux cas, cet auteur pense que la pyélite était due à la compression de l'uretère droit par des brides péri-appendiculaires. Riese ajoute que la laparotomie, en permettant de supprimer les adhérences qui bridaient l'uretère, fit disparaître la pyélite.

Du côté de la vessie, deux sortes de troubles peuvent se produire, qui ont été bien étudiés par Reynes, de Marseille : 1° des troubles réflexes bénins, incontinence, rétention ; 2° des troubles d'infection propagée, pouvant atteindre des degrés variables de gravité.

A ces désordres d'ordre infectieux peuvent s'ajouter des troubles d'origine mécanique. Nous avons déjà signalé les cas de ptose de l'estomac, puis d'ectasie de cet organe, dont le point de départ résidait dans les tiraillements exercés par les brides péri-appendiculaires.

Ajoutons l'exagération de coudure des angles coliques et plus particulièrement de l'angle colique droit, et les accidents d'occlusion intestinale que peuvent provoquer des adhérences, des brides péri-appendiculaires. Bouglé en a rapporté un cas intéressant et, nous-mêmes, nous avons eu l'occasion d'en prendre à la Maison Dubois une observation, dont Walther a donné lecture à la Société de chirurgie.

Bien que nous ayons distingué précédemment une forme nerveuse de l'appendicite chronique, nous tenons à faire remarquer ici combien est souvent profonde l'action de cette maladie sur le système nerveux.

La sévérité du régime à suivre et la crainte de voir se produire une crise, dont on ne peut mesurer la gravité, font du malade un infirme non seulement au point de vue physique, mais encore au point de vue moral.

Nous terminons cette étude rapide des complications les plus fréquentes de l'appendicite chronique en écrivant quelques mots des relations de cette affection avec la grossesse.

On n'a guère étudié jusqu'ici que les rapports de la gros-

sesse avec l'appendicite aiguë ou avec l'appendicite à répétition, et encore cette étude, d'après Pinard, ne remonte-t-elle qu'à 1894, c'est-à-dire au travail de Paul F. Munde.

Il est intéressant de se demander ce que peut devenir une appendicite chronique sous l'influence de la grossesse et du travail et, d'autre part, ce que l'on peut redouter dans ces différents états d'une infection appendiculaire. Cette double question appelle des observations, mais *à priori* nous ne croyons pas trop oser en disant que les poussées congestives de la grossesse et du travail ne peuvent que favoriser l'apparition d'une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique.

D'ailleurs, cette poussée ne se produirait-elle pas, que l'affaiblissement de la femme, du fait de la permanence de l'infection, du régime sévère et des préoccupations nerveuses, suffirait à faire comprendre les dangers qui peuvent en résulter pour la vitalité du fœtus.

AVENIR DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

I. — *Peut-on concevoir la guérison spontanée de l'appendicite chronique ?*

Les microbes qui ont déterminé l'affection appendiculaire peuvent avoir une faible virulence et celle-ci peut à la longue s'atténuer ou même disparaître dans la lutte avec la défense de l'organisme et spécialement avec la phagocytose. Dieulafoy a parfaitement mis en lumière la possibilité d'une aussi favorable terminaison. Nous ne partageons pas sa manière de voir, cependant, quant au rôle joué dans ce sens par la désobstruction du canal appendiculaire.

« L'obstruction du canal appendiculaire a cédé, dit-il, la cavité n'est plus close, la libre circulation est rétablie dans le canal appendiculaire et l'appendicite guérit, comme guérit l'otite quand la trompe d'Eustache a récupéré à temps sa perméabilité ».

Cette comparaison est très ingénieuse, mais elle nous paraît inexacte.

Il ne faut pas perdre de vue, comme l'ont établi les recherches anatomo-pathologiques, que l'appendicite est essentiellement une folliculite; or, on ne trouve pas dans la muqueuse de la caisse du tympan l'extrême richesse en follicules clos qui est la caractéristique anatomique de la muqueuse appendiculaire et les follicules clos altérés non seulement ne constituent plus des centres de défense, mais ils deviennent un lieu de cantonnement pour les germes infectieux.

La perméabilité du canal appendiculaire serait-elle rétablie que les récessus infectés de l'appendice seraient encore insuffisamment drainés. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit,

car les opérations ont fait voir que des appendices qui présentaient de graves altérations avaient conservé leur perméabilité et cela dans toute leur étendue.

La disparition de l'obstruction appendiculaire peut donc jouer un rôle favorable ; mais nous restons convaincu que ce rôle est de second ordre.

D'ailleurs l'anatomie pathologique a fait voir aussi que le processus de guérison de l'appendicite paraissait être essentiellement l'oblitération atrophique.

Il n'en reste pas moins qu'en théorie un foyer d'infection appendiculaire est susceptible de s'éteindre.

II. — *Peut-on compter sur la guérison spontanée de l'appendicite ?*

« Tout appendice enflammé, a dit Roux, de Lausanne, guéri cliniquement, reste anatomiquement tâté. »

« Il porte en ses parois, écrit Terrier, la menace permanente d'accidents nouveaux ». C'est aussi l'opinion de Walther, de Jalaguier, de Brun, de Ricard et, on peut le dire d'une façon générale, de la plupart des maîtres qui connaissent le mieux l'appendicite. Même l'infection latente appendiculaire peut, comme nous l'avons dit dans un précédent chapitre, devenir l'occasion d'un grand nombre d'accidents dont quelques-uns sont mortels. C'est dans les cas chroniques que les lésions viscérales se rencontrent avec le plus de fréquence. Quant à l'infection appendiculaire elle-même, des causes nombreuses sont susceptibles de la réchauffer et ce qu'il y a d'effrayant, c'est que si quelques-unes de ces causes peuvent être évitées, il en est d'autres certains traumatismes, certaines poussées congestives physiologiques, la menstruation, qui ne relèvent pas de notre volonté.

De plus, la moindre infection nouvelle de l'organisme, quel qu'en soit le point de départ, sera susceptible d'ajouter à la

virulence microbienne appendiculaire ou de faire un apport de germes nouveaux.

L'appendice sain aurait peut-être résisté; dans l'appendice qui a déjà subi des atteintes infectieuses, les éléments de défense, les follicules, étant altérés, la résistance sera vaine.

On comprend dès lors avec quelle facilité des crises appendiculaires pourront se greffer sur une appendicite chronique; on comprend aussi, dans l'impossibilité où l'on est d'apprécier exactement le degré de résistance de l'appendice altéré et la virulence des germes qui l'ont envahi, qu'il soit absolument impossible de prévoir d'avance la gravité des attaques appendiculaires.

De ces dernières considérations se dégage d'une manière absolument nette cette conclusion formelle :

Non seulement on ne peut pas compter sur la guérison spontanée de l'appendicite chronique mais, sans pessimisme et en restant dans la note exacte, on peut s'attendre à toutes les éventualités.

Indications opératoires.

Nous venons de le démontrer, on ne peut pas compter sur la guérison naturelle de l'appendicite chronique et il est établi que le fait de garder un appendice, chroniquement altéré fait courir des dangers.

Par conséquent, en théorie du moins, il serait nettement indiqué d'intervenir chirurgicalement aussitôt le diagnostic posé. En pratique, il est bon de soumettre le malade à un régime sévère qui permette le repos des différents organes qui souffrent de l'infection appendiculaire, et qui mette mieux en relief la symptomatologie de l'appendicite chronique. Si, sous l'influence de ce traitement, tous les désordres disparaissent, il n'y a pas lieu de proposer l'intervention. Par contre, si les troubles observés persistent malgré le régime suivi, il ne faut pas hésiter à révéler l'indication opératoire.

Bien que cette forme d'appendicite ait, en effet, sinon d'après les renseignements de la théorie, du moins d'après ceux de l'expérience, peu de tendance à la perforation et aux poussées aiguës, des faits établissent cependant la possibilité d'une telle éventualité et ce serait folie d'en attendre l'apparition pour se décider à opérer.

Chez les enfants, où l'appendicite, quelle que soit sa forme, revêt une gravité toute particulière, il sera prudent de temporiser le moins longtemps possible.

Traitement.

Le sujet de ce travail étant « l'appendicite chronique », nous n'avons pas à considérer, dans le traitement, les poussées aiguës qui peuvent se greffer sur les lésions de chronicité. Nous laisserons donc de côté le traitement médical, qui peut être très utile dans certains cas pour obtenir le refroidissement surveillé des lésions et nous nous bornerons à étudier l'intervention chirurgicale.

Interventions. — Technique opératoire.

Les incisions les plus usitées sont : l'incision parallèle à l'arcade crurale (Roux, Mac Baurney) et l'incision parallèle à la ligne blanche (Max Schüller, William H. Battle, Kammerer, Jalaguier).

Signalons encore avec Terrier, une incision peu usitée, l'incision postérieure ou lombo-iliaque (Grinda, de Nice et P. Poirier, de Paris).

Il nous paraît inutile d'entrer dans l'étude détaillée de chacun de ces procédés.

Deux méthodes opératoires nous paraissent suffisantes pour répondre à la pluralité des indications, nous voulons parler du procédé de Roux et du procédé de Jalaguier.

Le procédé de Roux est plus commode, plus rapide ; il conduit plus directement sur l'appendice et surtout, comme nous l'a fait remarquer Walther, il permet un drainage plus facile quand l'indication se présente de drainer. Or dans l'appendicite chronique, il est le plus souvent impossible de connaître cette indication avant d'avoir vu les lésions.

Le procédé de Jalaguier est un procédé élégant, qui offre des avantages au point de vue de la solidité de la paroi, puisqu'il laisse intacte à l'endroit même de l'incision une nappe musculaire, le grand droit correspondant, que l'on s'est contenté de récliner pour pénétrer dans la cavité abdominale.

Par contre et tout au moins chez les sujets à musculature développée, le muscle droit peut gêner le drainage dans le procédé de Jalaguier.

Aussi bien, nous croyons que le procédé de Roux peut convenir à la pluralité des cas et si l'on veut recourir au procédé de Jalaguier, il vaut mieux, pour les raisons, que nous venons de donner, le réserver aux opérations faites chez les enfants.

Procédé de Roux (de Lausanne). — A deux doigts environ en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, on fait une incision parallèle au ligament de Poupart. Une moitié de l'incision est au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, l'autre moitié est au-dessous de la même épine. L'incision doit avoir environ 15 à 18 centimètres; elle sectionne couche par couche la paroi addominale. On fait l'hémostase chemin faisant. Le péritoine est ouvert avec précaution, puis l'incision est agrandie en haut et en bas pour que l'on puisse bien voir et manœuvrer à l'aise.

Procédé de Jalaguier. — L'incision est parallèle à la ligne blanche; elle est perpendiculaire au milieu d'une ligne qui réunit l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cette incision a 8 ou 10 centimètres de long, dont un tiers au-dessus de la ligne ilio ombilicale et deux tiers au-dessous.

On incise l'aponévrose du grand oblique sur toute la longueur de l'incision cutanée; des pinces à pression repèrent les deux lèvres et l'on récline très fortement la lèvre interne vers la ligne médiane, de manière à rendre abordable la partie externe de la face antérieure du grand droit renfermé dans sa gaine. On peut alors voir et toucher facilement le bord externe du muscle; à un centimètre environ en dedans de ce bord externe, on incise la gaine antérieure. Les deux lèvres de cette gaine sont repérées et la lèvre externe est disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle droit. Cette dissection est le plus habituellement facile. On dégage alors à la sonde cannelée et on refoule en dedans le bord externe du droit, que l'on maintient dans cette position avec des écarteurs. La gaine postérieure du droit apparaît alors à découvert.

Le champ opératoire est traversé par deux petits vaisseaux, par une artériole et une veinule et par un filet nerveux.

Kammerer, qui a publié un peu plus tard que Jalaguier un procédé analogue, conseille de respecter le filet nerveux en le réclinant.

Un peu en dedans de l'angle dièdre formé par la réunion des deux parois de la gaine, on incise le feuillet postérieur du droit. Dans cette section, Jalaguier recommande d'éviter de léser les vaisseaux épigastriques situés à la partie inférieure de la plaie entre le fascia et le péritoine. Ce conseil est évidemment bon ; cependant si ces vaisseaux gênent tant soit peu, nous pensons qu'il y a lieu de les lier sans s'en inquiéter davantage. C'est d'ailleurs l'opinion émise par un assez grand nombre de chirurgiens.

Quoi qu'il en soit, on incise ensuite le fascia transversalis et le péritoine dont on repère les deux lèvres.

Découverte de l'appendice.

Avec des compresses fines de gaze stérilisée, on protège à la fois la plaie et les anses d'intestin, que l'on refoule doucement dans l'abdomen pendant que l'on recherche le cæcum. Celui-ci est assez facilement trouvé; il suffit alors, si l'appendice ne se présente pas d'emblée, de suivre, comme le conseille Elliot, l'une des bandelettes longitudinales du cæcum et l'on arrive ainsi forcément au point d'insertion de l'appendice sur le cæcum. On peut encore utiliser la palpation du cæcum, comme le recommande Bobroff.

Il n'est pas inutile de se rappeler ces recommandations, car parfois, comme l'a écrit Terrier, une lame péritonéale masque complètement l'appendice. Enfin on devra se souvenir que la suppuration détruit quelquefois presque complètement l'appendice. Il ne faut donc pas vouloir à tout prix retrouver l'appendice en entier; celui-ci est dans certains cas réduit à un petit moignon, le reste a été détruit par la gangrène: le plus souvent cependant l'appendice est conservé dans sa totalité.

Traitement de l'appendice.

On tend le méso-appendice comme un voile, on passe l'aiguille à travers le méso et si faire se peut dans l'intervalle des vaisseaux qu'il renferme et que l'on voit le plus souvent.

Un seul fil passé à travers le méso et près de la base de l'appendice peut suffire à lier tout le méso. Nous avons vu Jala-guier passer un fil double au milieu du méso, en entrecroiser les chefs et lier le méso en deux moignons solidaires l'un de l'autre.

Quoi qu'il en soit le méso une fois lié solidement, on le détache de l'appendice avec quelques coups de ciseaux. On place ensuite une ligature sur l'appendice lui-même, très près de son insertion cæcale. L'appendice reposant complètement sur un tapis protecteur de compresses, on peut, sans nouvelle ligature, le sectionner au thermo-cautère à un centimètre environ au-dessus de la ligature de la base.

Soins à donner au moignon. — On dissèque autour du moignon une manchette séreuse, que l'on renverse momentanément vers le cæcum. On curette ensuite le moignon et on détruit les tissus infectés au thermo-cautère. On relève alors la manchette séreuse et on en suture les lèvres au-dessus du moignon; celui-ci est ainsi complètement enveloppé par le péritoine.

Quelques auteurs s'en tiennent à ces précautions et obtiennent d'excellents résultats; nous pensons cependant qu'il y a mieux à faire encore et que l'enfouissement du moignon dans le cæcum est de toute prudence.

Voici ce qu'écrivait à ce sujet le professeur Jeannel, de Toulouse: « L'appendice a la même structure que l'intestin, il possède donc une muqueuse. Celle-ci est, à la vérité, le plus souvent détruite par le processus pathologique d'où est née

l'appendicite ; la lumière du canal est même fréquemment obturée au niveau de l'orifice cæcal ; mais il peut ne pas en être ainsi ; si donc la muqueuse subsiste au niveau de la ligature, n'est-il pas à craindre que celle-ci soit éliminée sans produire l'occlusion du canal ? Les expériences de Trèves et de Jobert permettent de le prévoir. Aussi bien il arrive qu'on observe après la ligature la production et la persistance plus ou moins longue d'une fistule stercorale. Mais ce n'est pas encore là le principal défaut du procédé ; le plus souvent la ligature coupée d'emblée l'appendice malade, qui dès lors n'est pas obturé, le cæcum reste alors ouvert dans la cavité péritonéale..... ».

Nous avons vu opérer un grand nombre d'appendicites par un chirurgien qui ne fait pas l'enfouissement et qui se borne à suturer la manchette séreuse par dessus le moignon appendiculaire. Nous devons reconnaître que les résultats de cette manière de procéder ont été excellents.

Les craintes formulées par Jeannel seraient donc surtout théoriques ; cependant elles sont logiques ; elles représentent un danger qui, pour être rare, n'en est pas moins réel ; donc si l'on veut être absolument prudent il faut faire l'enfouissement. *Deux cas sont alors à considérer :*

Premier cas : Le cæcum est mobile et vient bien dans la plaie. Pendant qu'un aide refoule avec une pince vers le cæcum le moignon appendiculaire, on adosse le péritoine cæcal au-dessus du moignon par un surjet à la Lembert.

Deuxième cas : Le cæcum vient difficilement, il est plus commode alors suivant le conseil de Terrier de passer avec la petite aiguille de Reverdin courbe quelques fils séparés qui creusent un pli dans la paroi cæcale et permettent ainsi d'y loger le moignon.

L'appendice ainsi traité, il ne reste plus pour certains auteurs qu'à refermer la paroi après avoir remis l'intestin dans la cavité abdominale.

Traitement des lésions périappendiculaires.

Nous pensons avec Walther qu'il est bon avant de refermer le ventre de rechercher s'il n'y a pas à proximité de l'appendice des lésions auxquelles on puisse remédier sur le champ, comme certaines brides, certaines adhérences, certains foyers d'épiploïte, des kystes de méso-appendice, quelquefois même des ganglions de l'angle iléo-colique. On peut épargner ainsi au malade pour l'avenir des accidents d'ordre mécanique (occlusion intestinale, par exemple) et des phénomènes d'ordre infectieux qui prendront leur point de départ dans les adhérences ou dans les foyers d'épiploïte.

L'opération n'en est guère prolongée et si l'on a eu l'occasion de supprimer l'un de ces dangers on aura rendu au malade un service considérable.

Faut-il drainer ? — On draine si l'on a trouvé des lésions qui n'ont pas paru suffisamment refroidies, si l'on a disséqué quelques adhérences, à plus forte raison si l'on a constaté un foyer lié ou non à une perforation.

Dans le cas contraire, on peut se dispenser du drainage. Quelques auteurs drainent systématiquement dans tous les cas, mais ils suppriment les drains au bout de 24 heures ; de la sorte on aurait recours à une mesure de sûreté et le drainage ne serait pas maintenu assez longtemps pour faciliter l'éventration.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, non seulement dans les cas que nous avons signalés, mais encore, et d'une manière générale, toutes les fois qu'il y a doute il faut drainer.

La vie du malade avant tout.

Fermeture de la paroi abdominale.

Dans le procédé de Jalaguier on fait la suture par étages. On peut encore prendre dans un même surjet le péritoine, le fascia et le feuillet postérieur de la gaine du droit. On laisse alors le muscle droit prendre sa place et avec trois ou quatre fils d'argent ou d'aluminium, on adosse et on réunit les lèvres du feuillet antérieur de la gaine du droit, celles de l'aponévrose du grand oblique, le tissu cellulaire et la peau.

Dans le procédé de Roux on peut aussi faire la suture par étages, mais il est beaucoup plus simple, et notre maître Ricard nous l'a montré bien des fois. il est tout aussi solide de prendre en masse la paroi de chaque côté de l'incision et de la lier solidement avec des fils d'argent ou d'aluminium.

Soins post-opératoires.

Sans être constants, les vomissements sont habituels après toute anesthésie ; il faut au moins ne pas les augmenter et essayer même de les éviter ; or, le plus simple moyen d'y parvenir, c'est d'instituer une diète absolue jusqu'au lendemain. Le malade est-il faible, ou l'infection est-elle intense on fera des injections de sérum artificiel.

Terrier conseille dans ces cas d'injecter 1000 à 1500 grammes de sérum pendant les premières 24 heures.

Si la soif est vive on peut faire sucer au malade quelques fragments de glace ou lui faire prendre quelques cuillerées à café d'un liquide glacé.

Les jours suivants, l'appendice ayant été enlevé on peut reprendre assez rapidement l'alimentation. Cependant il est bon d'y arriver graduellement ; on prescrira par exemple le lait et l'eau de Vichy avec quelques cuillerées d'une potion légèrement alcoolisée le second et le troisième jours. Le quatrième jour on pourra faire prendre un peu de bouillon, un peu de jus de viande et le lendemain des potages et un œuf ou deux. Les jours suivants progressivement on fera reprendre l'alimentation ordinaire du malade.

A partir du cinquième jour après l'appendicectomie on peut sans crainte prescrire un lavement ou un purgatif léger. Pour éviter l'éventration il est bon de faire porter pendant les premiers mois, une ceinture abdominale ; si la plaie a dû être drainée, il faudra prolonger un peu le port de cette ceinture.

Conclusions.

1° L'état chronique appendiculaire a été jusqu'ici confondu trop souvent avec l'appendicite à répétition ; il demande à être bien mis en relief et parce qu'il représente la seule forme d'appendicite qui soit véritablement dépourvue de crises, il est indiqué de lui réserver le nom d'appendicite chronique.

2° La symptomatologie de cette affection est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux et des troubles gastro-intestinaux qui, suivant leur groupement ou suivant la prédominance de quelques-uns d'entre eux, sont susceptibles de faire porter les diagnostics les plus différents et les plus erronés.

C'est donc une symptomatologie qu'il importe de bien connaître et de savoir rechercher à l'occasion.

3° Le diagnostic d'appendicite chronique une fois posé, il faudrait théoriquement opérer le malade le plus tôt possible.

Dans la pratique, parce que cette forme d'appendicite a peu de tendance à la perforation, on fera bien, suivant le conseil de Walther, de soumettre d'abord le malade à un régime sévère qui laissera se reposer tous les organes qui peuvent être malades et qui permettra aux lésions appendiculaires de bien se mettre en relief.

4° Si malgré le traitement, les phénomènes douloureux persistent, si les troubles digestifs ne disparaissent pas et que le diagnostic d'appendicite chronique reste nettement posé il ne faut pas hésiter à proposer l'intervention.

5° Celle-ci fera disparaître les phénomènes appendiculaires et le plus souvent aussi les troubles gastro-intestinaux qui les accompagnent. De plus, et c'est une considération qui repose sur des faits, l'appendicectomie sera le seul moyen de mettre le malade à l'abri d'une poussée aiguë toujours possible et dont on ne peut à l'avance mesurer la gravité.

6° L'incision de Roux nous paraît être l'incision de choix, pour des raisons que nous avons données précédemment.

L'incision de Jalaguier peut être heureusement utilisée chez les enfants.

7° On ne devra pas se borner à la résection de l'appendice, il faudra, comme l'a recommandé Walther rechercher les lésions périappendiculaires, et dans la mesure du possible y remédier.

8° L'éventration ne dépendra pas, le plus souvent, de la disposition des sutures, mais ici comme dans les autres opérations abdominales elle relèvera surtout de l'infection ou de la durée du drainage, quand on aura jugé utile d'y recourir.

OBSERVATIONS

I. OBSERVATION PERSONNELLE. — Le nommé N. (Jules), âgé de 27 ans, ajusteur. Entré le 29 novembre 1900, salle Cloquet. Opération par M. Rastouil, interne du service.

Antécédents héréditaires. — Pas d'appendicite familiale.

Antécédents personnels. — Grippe très forte en 1890 ; le malade a gardé le lit trois mois.

Histoire de la maladie. — C'est en juin 1900, que le malade aurait éprouvé les premières atteintes de l'appendicite.

En juin 1900, nous dit le malade, je remarquai la disparition progressive de l'appétit. Quelques heures après le repas, j'étais pris de nausées et d'une sensation de « serrement au creux de l'estomac ». Je ressentais surtout ces phénomènes lorsque le repas avait été composé d'aliments gras. Une purge, qu'on me fit prendre, m'a paru « augmenter le mal ».

Tous les deux ou trois jours les symptômes précédents se reproduisaient avec un peu plus de violence que les jours intercalaires. Cependant je ne vomissais pas et je continuais mes occupations.

Dans les premiers jours de novembre 1900, je fus pris vers neuf heures du soir d'une « sensation de corde au creux de l'estomac ». Cette sensation fut plus forte que les autres fois et s'accompagna de vomissements et de coliques dans tout le ventre.

Je n'ai pas remarqué « qu'il y eut un endroit du ventre plus douloureux que l'autre ». « Cela put durer une heure environ ».

Je ne fus pas obligé de m'aliter et le lendemain je repris le travail.

A partir de ce jour jusqu'à la fin du mois de novembre, le malade ressentit des douleurs, eut des nausées « presque à tous les repas ». C'est également à cette date, qu'il remarqua la localisation des phénomènes douloureux dans le côté droit du ventre.

Vers la fin de novembre, les douleurs augmentèrent et le malade

se sentant s'affaiblir de jour en jour, résolut de venir à Saint-Louis.

Entrée à Saint-Louis le 29 novembre 1900. — A l'arrivée, pouls à 80, bien frappé. Température 37°4. Facies terreux. Le ventre n'est pas ballonné. Hyperesthésie cutanée au niveau de la fosse iliaque droite; pas de contracture des droits. Ni empâtement ni tumeur. Point de Mac Burney très net. Du 11 au 18 décembre 1900, légère élévation de température qui coïncide avec l'installation d'une phlébite de la saphène interne jambe gauche.

Examen le 6 janvier 1901. — Température 37°. Pouls régulier et bien frappé. Facies très pâle. Anorexie presque absolue. Nausées. Pas de vomissements. Douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. Pas d'hyperesthésie, pas de contracture, ni tumeur, ni empâtement, ni cordon.

Opération. — Incision de Jalaguier. L'appendice est en position pelvienne, il adhère par la pointe à la paroi latérale droite du petit bassin. Appendicectomie. Enfouissement. Sutures en deux plans.

Examen de l'appendice. — La coupe fait voir : que le 1/3 supérieur (ou cæcal) de l'appendice est perméable et offre un piqueté hémorragique, le tiers moyen est oblitéré et fibreux. L'extrémité terminale est également épaisse et blanchâtre quant à ses parois mais elle est dilatée et renferme un calcul stercoral et une goutte ou deux de mucus.

Suites normales. — Fils enlevés au huitième jour. Aucun incident à signaler. Le malade va bien; il a un appétit qui contraste singulièrement avec l'anorexie antérieure et il digère parfaitement.

II. OBSERVATION PERSONNELLE. — Appendicite chronique d'emblée opération par M. Rastouil interne du service.

La nommée M., (Joséphine), âgée de 30 ans journalière. Entrée le 26 novembre 1900, salle Gosselin, lit n° 3.

Antécédents héréditaires. — Absolument rien d'intéressant. Pas d'appendicite familiale.

Antécédents personnels. — Pas de fausses couches. Deux enfants bien portants. A eu la grippe en 1890; elle aurait été obligée de garder le lit trois semaines.

Histoire de la maladie. --- Depuis très longtemps, quatre ou cinq ans au moins, nous dit la malade, j'éprouvais de temps à autre, particulièrement à l'occasion des efforts de toux, un point douloureux dans le côté droit. Je m'asseyais alors, je portais la main à l'endroit douloureux et au bout de quelques instants les sensations douloureuses disparaissaient.

Il y a quinze mois ces sensations douloureuses sont devenues plus pénibles, elles ont changé de caractère. Brusquement j'étais prise de coliques violentes dans le côté droit, autour de l'ombilic et au creux de l'estomac. Quand ces coliques avaient disparu, ce n'est qu'en touchant le côté droit du ventre que je ressentais de la douleur, je n'éprouvais plus de douleurs spontanées. Pendant ces périodes de crise j'avais des nausées, mais je n'ai jamais eu de vomissements. J'étais très constipée.

Chacune de ces crises durait environ deux heures, puis tout rentrait dans l'ordre. Je ne m'alitais pas à l'occasion de ces crises, je m'asseyais et j'attendais anxieuse la disparition du mal. Aussitôt la douleur disparue je me remettais au travail.

Ces crises survenaient quelquefois tous les huit jours, d'autres fois toutes les trois semaines, mais je ne suis jamais restée un seul mois sans en avoir au moins une. J'ai très nettement remarqué, que ces crises allaient en augmentant de violence et de durée. Je n'avais plus d'appétit, je mangeais très peu et avec dégoût. J'éprouvais souvent des envies de rendre. Mon teint était devenu terreux et je m'affaiblissais de plus en plus.

Dans l'intervalle des crises je ne ressentais pas de douleurs, mais l'appétit ne revenait pas et je digérais mal. Je me sentais fatiguée, j'étais anxieuse, mais j'allais régulièrement à mon travail.

Trois mois avant d'entrer à l'hôpital, le mal avait sans doute fait des progrès, car les crises étaient plus fréquentes, et dans leur intervalle je continuais à souffrir. Mon ventre était toujours douloureux et c'est toujours à droite que je souffrais le plus, mais c'est surtout en touchant le côté que je souffrais. Je n'avais plus d'appétit du tout, mais je ne vomissais pas. Pendant ces trois mois j'étais le plus souvent alitée.

La malade entre le 26 novembre, salle Gosselin.

Examen. — Facies terreux, pouls régulier à 75. Température à

37°2. La malade se plaint de souffrir dans le ventre. Le ventre n'est pas ballonné. Pas d'hypéresthésie cutanée. Pas de contracture des droits. Le point de Mac Burney est d'une netteté parfaite. Le toucher permet de constater, qu'il n'y a rien à noter du côté de l'utérus et des annexes.

Opération le 29 novembre. — Incision de Jalaguier. Appendicectomie. Enfouissement du moignon appendiculaire. Sutures en trois plans.

Examen de l'appendice. — Il est long, volumineux, à la coupe, piqué hémorrhagique, muqueuse détruite par places. Dans le tiers inférieur l'appendice est dilaté. Cet espace dilaté a des parois extrêmement minces et il renferme un calcul gros comme un pois et deux ou trois gouttes d'un liquide louche. Il n'y avait pas de protection péri-appendiculaire, aucune adhérence.

Suites opératoires. — La température est restée normale. Aucun incident. La malade est sortie guérie; son appétit est revenu et elle n'a plus ses crises douloureuses.

III. OBSERVATION PERSONNELLE. — Opération par M. Rastouil interne du service.

La nommée S... Augustine, 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Un frère est atteint d'appendicite.

Antécédents personnels. — Grippe il y a trois ans.

Histoire de la maladie. — C'est il y a cinq ans que, pour la première fois, la malade a ressenti des douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Ces douleurs ont toujours gardé les mêmes caractères; elles surviennent régulièrement une demi-heure environ après le repas. Elles sont sourdes, s'accompagnent d'irradiations à prédominance péri-ombilicale. Elles s'associent fréquemment à une sensation nette de barre au creux épigastrique.

La malade a vu son appétit diminuer, elle a fréquemment des nausées, mais jamais de vomissements, elle est habituellement constipée et présente tous les symptômes de la colite muco-membraneuse.

L'état général n'est pas mauvais, mais la malade est pâle, elle a les yeux cernés; elle se plaint d'être toujours fatiguée et elle a parfaitement remarqué la fatigue au lever.

Examen le 17 janvier.

Le ventre n'est pas ballonné, le point de Mac Burney est très net. On sent un cordon dans la fosse iliaque droite. Ce cordon est sensible à la pression et la douleur ainsi réveillée persiste environ vingt minutes après chaque exploration.

Pas de température, pouls régulier.

Opération le 26 janvier 1901. — L'incision permet d'arriver rapidement sur l'appendice. Celui-ci est coudé en son milieu par une bride qui par ses deux extrémités s'insère sur le cæcum. Des fausses membranes de formation récente recouvrent l'appendice dans son tiers supérieur et se prolongent sur le cæcum.

Appendicectomy.

Suites opératoires. — La malade va bien.

Examen de l'appendice. — Une coupe macroscopique et dans le sens de la longueur permet de constater :

1° Le tiers inférieur de l'appendice est complètement oblitéré et fibreux;

2° Le tiers moyen est nettement en voie d'évolution fibreuse; la paroi est blanchâtre et dépourvue de muqueuse dans la plus grande partie de son étendue;

3° Le tiers cæcal ou tiers supérieur est tuméfié; la muqueuse est conservée et fait voir un piqueté hémorragique très marqué.

Suites. — Normales. La malade revue depuis se maintient dans un excellent état.

OBSERVATION PERSONNELLE. mais l'opération a été pratiquée par M. le professeur agrégé Walther.

Mme D... Cette femme, très intelligente, nous a donné les renseignements qui suivent avec une grande précision.

Antécédents. — Deux frères ont eu l'appendicite; l'un des deux a été opéré.

Une fille est atteinte d'appendicite.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à une dizaine d'années avant l'opération.

Les premières années les phénomènes douloureux duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour revenir tous les trois ou quatre mois.

Au contraire, dans les dernières années qui précédèrent l'opération la douleur était continuelle et sourde.

Les douleurs ont toujours présenté les mêmes caractères ; deux ou trois jours avant leur apparition la malade avait du subictère qui ne se traduisait d'ailleurs qu'au niveau des sclérotiques ; puis la crise apparaissait à l'occasion d'une fatigue, d'une marche, le plus souvent à l'occasion des repas. Les douleurs siégeaient nettement dans le côté droit du ventre mais elles étaient haut situées. Elles consistaient en sensations de tiraillements, de « tortillements » qui faisaient pâlir la malade et qui, dans les premières années du moins, entraînaient des vomissements.

Les irradiations douloureuses se faisaient surtout du côté du rein droit, elles ne se produisaient pas le long du membre inférieur ; elles n'étaient ni intercostales, ni scapulaires.

L'examen des urines fait à plusieurs reprises n'avait rien révélé d'anormal ; jamais les selles n'avaient été blanches, décolorées.

Quand les douleurs faisaient leur apparition dans le côté droit de l'abdomen, elles réveillaient une sensation très nette de barre au creux de l'estomac.

Certains aliments et tout particulièrement les viandes rouges provoquaient, peu de temps après avoir été prises, de vives douleurs.

La malade avait des nausées fréquentes et, dans les premières années du moins « elle vomissait pour un rien ».

Les vomissements de bile étaient fréquents.

C'est seulement dans les six derniers mois avant l'opération que les vomissements disparurent.

De plus la malade présentait tous les signes cliniques de la côlite muco-membraneuse ; les périodes de constipation n'étaient séparées que par des coliques violentes que la malade sait parfaitement distinguer des douleurs décrites précédemment et qui s'accompagnaient de l'expulsion dans les selles de glaires, de mucus, de pro-

duits analogues à du blanc d'œuf, de sang et surtout de membranes de « peaux ».

La malade n'a jamais eu de fièvre, même au moment où elle a souffert le plus, c'est-à-dire quelques jours à peine avant l'opération.

Bucquoy et Besnier trouvèrent la rate un peu grosse ; le foie ne leur parut pas déborder les fausses côtes droites ; le point douloureux, haut placé, joint aux phénomènes que nous avons relatés, leur fit porter le diagnostic de colique hépatique.

Walther, Jalaguier, Brun, appelés en consultation, portèrent le diagnostic d'appendicite chronique.

Opération le 4 juillet 1899. — Appendice long, bosselé, rétro-cæcal, très ascendant, ce qui explique le siège élevé de la douleur ; l'appendice était un peu vascularisé, son méso était très étroit.

Coupe macroscopique. — Lésions très nettes de folliculite.

Résultats opératoires. — Les résultats ont dépassé les espérances, car non seulement les phénomènes douloureux appendiculaires et les troubles digestifs concomitants ont complètement disparu, mais encore, aussitôt après l'opération, à l'étonnement des maîtres qui l'avaient examinée, la malade ne présentait plus aucun signe de colite muco-membraneuse.

Nous avons eu l'occasion de voir nous même la malade qui nous a confirmé ces résultats.

OBSERVATION : (due à l'obligeance de M. le Dr Walther). — La nommée X..., opérée le 14 janvier 1899. Cette malade souffrait depuis longtemps de troubles dyspeptiques accompagnés des symptômes d'une colite chronique sèche. Elle avait de la douleur au point de Mac Burney. M. Walther avait pensé à de l'appendicite chronique avec adhérences épiploïques ; il avait senti rouler sous le doigt une petite masse allongée. L'incision de la paroi au point correspondant fit voir que cette sensation était due au bord externe de la gaine du grand droit. L'appendice était petit, grêle, atrophié, son méso était épais, chargé de graisse. A l'aspect macroscopique, l'appendice paraissait sain ; on ne trouvait d'adhérences ni au cæcum, ni au côlon ascendant ; mais au niveau du côlon trans-

verse de nombreuses brides filamenteuses entouraient l'intestin. La face postérieure de l'épiploon présentait des traces d'ancienne épiploïte.

Résection des quatre brides qui enserrèrent le côlon transverse
résection de l'épiploon tout entier. Appendicectomie.

Suites opératoires. — Les douleurs dans la fosse iliaque droite ont disparu, les troubles dyspeptiques se sont améliorés, mais les symptômes de la cœlite chronique n'ont pas disparu.

OBSERVATION : (*in* thèse Montais, 1900).

M. R. C..., 28 ans, compositeur de musique.

Névropathe héréditaire, a toujours souffert de troubles nerveux et dyspeptiques, le tout plus accentué depuis ces dix dernières années.

Dès le berceau, sans entérite apparente, l'alimentation fut extrêmement difficile. Le lait maternel dut être supprimé et tout autre lait fut également mal supporté. Le sevrage dut être effectué de bonne heure et, jamais depuis, le malade n'a pu tolérer le lait, qui lui occasionne des vomissements et de véritables phénomènes d'indigestion. Tendance perpétuelle à la constipation, nécessitant l'usage de laxatifs et de lavements; depuis l'âge de 12 à 14 ans, cœlite muco-membraneuse à peu près continue et parfois, au niveau de la fosse iliaque droite, crises douloureuses intenses, survenant brusquement, comparées par le malade à des sensations de déchirure, de torsion et de brûlure intestinale.

De la fosse iliaque les douleurs s'étendent au flanc droit et jusqu'à l'hypocondre (aussi le foie a-t-il été incriminé). L'accès reste apyrétique, sans vomissements, ni même état nauséux : pas d'hyperesthésie locale; les douleurs persistent à un degré variable une semaine environ, pendant laquelle le malade garde un repos absolu, mais la marche n'est pas devenue impossible, le malade peut se redresser, contracter sa paroi abdominale, les mouvements de la cuisse droite ne sont pas douloureux, mais les secousses de la voiture sont tout à fait insupportables.

R.

L'accès survient en dehors de toute cause déterminante appréciable, il se produit irrégulièrement cinq à six fois par an.

Vers 15 ans, crise diarrhéique dysentérique qui dura quelques jours très intense et nécessita une convalescence de plusieurs semaines.

Il y a dix ans, à l'occasion de préoccupations intellectuelles et de la suppression des exercices du corps dont le sujet avait largement usé jusque-là, exagération des phénomènes dyspeptiques et surtout du nervosisme : symptômes de neurasthénie profonde, sensation de tournolement, de roulis, le malade ressent de la terre une attraction invincible et ne sort qu'accompagné pour ne pas se laisser tomber; ces phénomènes sont sous la dépendance de l'état gastrique; ils sont surtout marqués quand le malade se sent l'estomac vide et au commencement du repas, mais la période de digestion est moins pénible et procure une impression momentanée d'amélioration, d'où l'idée de suralimentation : repas très rapprochés composés uniformément d'œufs, viandes grillées, légumes verts en purée.

Le sommeil est conservé et reste réparateur.

Une vie plus active combinée avec la suralimentation détermine, au bout de quelques mois, l'amélioration progressive des phénomènes gastriques et vertigineux et l'existence devient relativement supportable, avec les crises iliaques accoutumées.

En 1896, sous l'influence de soucis, état de mélancolie profonde, recrudescence des troubles gastriques vertigineux qui ne s'amendront plus guère dans la suite; parfois petits accès de pseudo-angine de poitrine le soir, quand le malade marche après le repas; la suppression du tabac reste sans influence.

En 1898, en même temps qu'une crise iliaque très intense survenue brusquement, exagération nouvelle et persistante des autres phénomènes : vertiges, irritabilité excessive, les paroxysmes nerveux augmentant les troubles gastriques, ballonnement du ventre après le repas, sensation de pesanteur épigastrique allant jusqu'à l'étouffement.

Pendant ces deux dernières années le malade, incapable de tout travail, n'ose même plus sortir accompagné; naturellement il s'analyse et décrit complaisamment tout ce qu'il éprouve; il a consulté les médecins les plus autorisés, mais sans grand succès.

M. Potain, à la fin de 1898, porta le diagnostic d'atonie gastro-intestinale et conseilla l'usage des laxatifs combinés avec des lavements émollients et le régime alimentaire déjà suivi : ce traitement scrupuleusement exécuté pendant plusieurs mois ne procura qu'un peu d'amélioration momentanée.

C'est en août dernier que fut, pour la première fois, soupçonnée la participation de l'appendice à tous ces troubles gastro-intestinaux ; M. Aviragnet se rangea à cette opinion.

Vu par M. Walther en octobre. Sensibilité générale de tout le colon, plus marquée à la région cœcale ; la pression au niveau de la fosse iliaque détermine, en outre, une sensation pénible de tiraillement vers l'épigastre ; les séances de palper sont suivies d'endolorissement de la région iliaque et du flanc droit, persistant plusieurs heures.

Vu en novembre par M. Jalaguier, au moment d'une poussée intense de cœlite : crise douloureuse iliaque avec sensation de torsion et de brûlure intestinale, constipation opiniâtre, les lavements rejetés ne déterminent que des évacuations glaireuses.

M. Jalaguier diffère l'opération sollicitée par le malade.

Sous l'influence du repos, l'exploration du ventre devient plus facile ; on finit par percevoir dans la fosse iliaque une induration cylindrique, verticale, mal délimitée, qui est le siège d'une sensibilité très vive.

Opération en janvier. — Incision de Roux, procédé habituel ; l'épiploon adhérent sur une largeur de deux centimètres à la face antérieure du cæcum et sclérosé à ce niveau est réséqué ; appendice très court, présentant plusieurs coudures et étranglements cicatriciels, vascularisation superficielle marquée.

Drainage à la Mickulicz à l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires. — Excellentes ; tous les troubles s'amendent rapidement, surtout les troubles intestinaux, crises douloureuses iliaques, cœlite muco-membraneuse, constipation ; mais l'état mental est toujours en souffrance.

Revu fin juin, l'état du côté intestinal reste satisfaisant, mais les phénomènes gastriques et névropathiques ne s'amendent que lentement.

OBSERVATION (*in* Thèse 1900. Montais).

Auto-observation de Mme le D^r X...

Depuis longtemps déjà, embarras gastriques passagers; parfois sensations douloureuses dans la région iliaque et le flanc droit, à l'occasion des efforts et surtout quand il s'agissait de soulever de terre un corps pesant.

Botkin consulté parla de néphroptose; Mme X... ne fit aucun traitement et ne s'en inquiéta pas davantage.

En juin 1892, un matin, en allant à l'hôpital, elle se sent subitement très fatiguée, puis tout à coup nausées et douleurs abdominales très violentes. Elle eut toutes les peines du monde à rentrer chez elle et à se mettre au lit. Frissons intenses avec nausées sans vomissements, mais diarrhée abondante accompagnée de coliques. Elle prend XX gouttes de laudanum et se fait appliquer sur le ventre des compresses très chaudes laudanisées.

La bouche était pâteuse, la langue sale et la malade ne put prendre qu'une tasse de thé.

Les douleurs, quoique moins fortes, ne se calmèrent pas tout à fait et la sensibilité du ventre était grande le soir. Au quatrième jour, date du premier examen médical, les douleurs avaient presque complètement disparu, mais l'examen fut difficile à cause de la défense musculaire et c'est avec peine qu'on réussit à constater une grande sensibilité bien localisée à l'aîne droite (on ne parlait pas encore du point de Mac Burney); on mit tous les troubles sur le compte du déplacement du rein.

Un régime sévère fut décidé, avec le port d'une ceinture orthopédique pour maintenir le rein.

Cette conduite jointe au port de la sangle abdominale réussit pendant un certain temps et, sauf quelques petites indigestions, il n'y eut pas d'autres accidents pendant sept à huit mois, lorsqu'en janvier 1893, après une journée fatigante, Mme X... fut de nouveau, dans la rue, prise du même mal, mais d'une manière beaucoup plus intense: coliques plus fortes, nausées plus violentes; la malade ramenée chez elle est prise de frissons, vomissements abondants, diarrhée d'une extrême fétidité. Un confrère conseilla une piqûre de morphine, mais ne put examiner le ventre tellement

les douleurs étaient intenses. Lavement laudanisé, compresses chaudes.

Une fois bien réchauffée la malade s'endormit et quand elle s'éveilla le lendemain, les douleurs étaient presque nulles, elle ressentait seulement une certaine pesanteur dans l'aine droite.

Une pelote fut ajoutée à la ceinture abdominale pour mieux soutenir le rein; le régime lacté exclusif fut suivi pendant dix jours, ensuite reprise graduelle du régime ordinaire en évitant seulement les mets épicés et les spiritueux qui, même en petite quantité, faisaient beaucoup de mal.

Tout allait assez bien avec un régime aussi sévère, mais au moindre écart, à la moindre fatigue, sensation dans l'aine droite d'un certain malaise qui dégénérait presque régulièrement, à l'occasion des règles, en une véritable douleur qui ne s'apaisait que par le repos au lit avec compresses chaudes sur l'endroit malade.

En 1894, la malade essaya du massage contre la descente du rein à laquelle on avait attribué jusque-là tous ces malaises; ce massage fut très imparfait, les manipulations de la région iliaque étant extrêmement douloureuses; il parut cependant déterminer une certaine amélioration qui se maintint jusqu'en juillet 1895.

La malade cessa de porter sa ceinture et tenta de se relâcher de sa sévérité, mais presque chaque écart de régime était suivi de douleurs dans l'aine et de vomissements avec nausées.

Ces douleurs sourdes dans l'aine diminuaient immédiatement après une débâcle générale (vomissements et diarrhée) et la malade restait quelquefois bien portante trois ou quatre mois, en se contentant d'œufs et de lait, tandis que la viande, les sauces grasses, le vin déterminaient régulièrement les phénomènes d'intolérance élective.

Les grands efforts et surtout le fait de soulever quelque chose d'un peu lourd, surtout en se baissant, étaient suivis de douleurs presque toute la nuit, que la malade passait alors à masser son aine droite. Les douleurs se calmaient un peu et, fatiguée, elle s'endormait pour quelques heures vers le matin.

Le nombre des aliments qui pouvaient être supportés diminuait de plus en plus; le bouillon surtout et les viandes en sauce provoquaient particulièrement les troubles digestifs.

Tous ces phénomènes altèrent rapidement l'état général et la névropathie s'installe.

Pendant l'été de 1898, croyant que la fatigue de ses occupations jouait un grand rôle dans son état, Mme X... se retire à la campagne pour plusieurs mois, mais ni le repos intellectuel ni les exercices physiques n'amènent d'amélioration; les digestions étaient mauvaises, il lui arrivait deux ou trois fois par semaine de s'évanouir à la fin du dîner.

Quelquefois cela se passait sans autres accidents, mais un matin, au lendemain d'une longue promenade, elle fut prise de nausées très violentes avec vomissements, diarrhée, douleurs si vives, qu'elles furent suivies de perte de connaissance.

La crise débuta par un frisson; mais la température ne fut pas prise. Jamais rien d'anormal du côté des urines (sauf, par intermittences de la polyurie attribuée à la grande quantité de lait absorbée). Plusieurs analyses de l'urine ne décélèrent aucune trace d'albumine. Mme X... ne savait à quoi attribuer sa maladie et les docteurs les plus compétents, dûment consultés, l'assuraient qu'il ne s'agissait que de fatigue, de neurasthénie. Elle essaya alors d'un séjour à Vichy.

La cure fut assez mal supportée et la malade retourna bientôt à la campagne pour reprendre le régime lacté.

Ce n'est qu'en se surveillant à chaque minute, pour ainsi dire, et en se contentant de laitage et d'œufs, qu'elle put rester à peu près bien pendant un mois.

Mais de retour à Paris, elle ne put continuer à prendre autant de précautions et sa réinstallation la fatigua beaucoup.

Relativement, pourtant, elle était bien et rien ne lui faisait prévoir la crise qui la surprit le 29 octobre.

A 6 heures du soir elle fut soudain prise en donnant sa consultation, de nausées si violentes qu'elle eut à peine le temps de se retirer dans sa chambre, où elle rendit toute une cuvette d'une matière écumeuse et comme teintée de sang.

Quelques minutes après survint une diarrhée abondante accompagnée de coliques atroces. Les selles présentaient tout à fait l'aspect du méléna.

En dépit de la douleur Mme X... tenta de s'examiner elle-même;

nulle part elle ne trouva le rein, c'est alors que le diagnostic d'appendicite, malgré le melæna, lui vint pour la première fois à l'esprit ; elle trouva le point de Mac Burney, quoiqu'un peu au-dessous de la ligne classique, mais excessivement sensible.

Très effrayée, elle écrivit à un médecin des plus distingués qui arriva après un nouvel accès encore plus effrayant.

Il la rassura, car le côlon tout entier était tellement malade et les muscles abdominaux si réfractaires à tout examen, qu'il fut impossible ce jour là, de bien localiser le point douloureux de l'appendicite.

Un régime des plus sévères fut prescrit : aliments liquides, lait et bouillies. Grands lavages du côlon et le repos.

Le régime fut suivi très courageusement, les grands lavages du côlon faits avec de l'eau bouillie chaude additionnée de sous-nitrate de bismuth. Mais ces lavements, en dépit des plus grandes précautions, occasionnaient des douleurs atroces, nécessitant l'usage du laudanum.

A partir de ce dernier accès et malgré son régime, la malade ne ressentit plus aucun soulagement. Même le lait pesait d'un poids énorme sur l'estomac et chaque mouvement provoquait immédiatement des nausées, qui ne se calmaient qu'au lit.

L'état de faiblesse allant en s'accroissant de plus en plus, plusieurs chirurgiens furent consultés successivement : M. Segond indiqua la néphrophthose comme origine de tous les troubles ; tel fut aussi l'avis de M. Auvard, mais avec des réserves pour l'annexite droite, la malade pensait toujours à l'appendicite (milieu de 1898).

M. Walther fut appelé ensuite et confirma son diagnostic, mais il conseilla d'attendre, avant toute opération chirurgicale, que les douleurs du côlon fussent apaisées et engagea la malade à recourir pour cela à M. Mathieu.

M. Mathieu conseilla des lavements à l'eau de guimauve, donnés avec un vide-bouteille pour pouvoir graduer la pression : en outre, le régime se bornait à 3 litres de lait pris à intervalles réguliers en 6 fois.

Au bout de deux semaines, le côlon était beaucoup moins sensible au toucher, le teint moins terreux. Mais comme la malade pouvait faire plus de mouvements, elle sentait, en se baissant,

quelque chose comme un corps étranger ballotter dans le ventre, à droite, et ce mouvement était toujours suivi de nausées.

Il était plus facile d'examiner l'aine et l'on sentait alors beaucoup mieux, que la sensibilité se localisait bien sur l'appendice, qu'on sentait rouler gros et dur sous le doigt.

Se trouvant mieux, la malade essaya, à plusieurs reprises de prendre des aliments solides, mais ses tentatives furent suivies de crampes atroces, que le laudanum seul put soulager.

M. Walther demanda alors l'avis de M. Jalagnier qui, lui aussi, diagnostiqua l'appendicite.

Dès lors, la question de l'opération se trouvait posée, puisque, depuis deux mois, on n'avait rien obtenu de durable avec le régime lacté et les lavages de côlon ; cependant Mathieu restait opposé à l'opération.

Opération. — L'amaigrissement augmentant, il fallut se décider et, le 28 décembre 1898, M. Walther pratiqua l'opération en présence de M. Jalaguier ; il en profita pour examiner tous les organes incriminés, rein et annexes, qui furent tous trouvés sains, tandis que l'appendice présentait de grosses lésions.

Il était long d'une douzaine de centimètres, moniliforme, atteignant, par endroits, presque la grosseur du petit doigt ; le dernier centimètre, à partir de la pointe réduite à l'état d'un mince cordon fibreux, plein, était coudé par rétraction cicatricielle du méso. Il communiquait largement avec le cæcum et contenait trois anciens calculs stercoraux aussi durs que des grains de plomb.

Suites opératoires normales ; le dixième jour, reprise progressive de l'alimentation et, à partir du vingtième jour, elle digérait un peu de viande blanche sans difficulté.

Les vingt premiers jours, le passage des gaz était ressenti un peu douloureux dans la région cæcale ; enfin à partir du trentième jour elle eut conscience d'être complètement guérie, car les digestions se faisaient d'une façon absolument normale, sans bruits ni gargouillements dans les intestins ; les lavements purent être supprimés à partir du vingt-cinquième jour, les selles étant devenues tout à fait faciles et régulières.

En un mot, l'attention de la malade n'était plus attirée, comme jadis, vers l'acte de la digestion qui, depuis dix longues années avant l'opération ne s'accomplissait pas normalement.

Dix-huit mois après l'opération, la guérison absolue ne s'est jamais démentie : les aliments les plus indigestes et les plus susceptibles de provoquer l'intolérance intestinale (aliments gras, poisson fumé, conserves, crudités), sont parfaitement tolérés.

OBSERVATION (due à l'obligeance de M. le Dr Walther).

Le nommé J. Sch., opéré le 18 avril 1899.

Ce malade a eu la côlite muco-membraneuse très nette. Le Dr Delpuech l'a soigné pendant six mois. Le malade souffrait toujours, il accusait des douleurs dans la fosse iliaque droite que la palpation réveillait. Le teint était terreux, les yeux étaient cernés, le malade ne pouvait subir aucune fatigue.

Opération. — Appendice rétro-cæcal très long, moniiforme très vascularisé. Les lésions de folliculite sont des plus nettes.

Suites opératoires. — Depuis l'opération, le malade a senti ses forces revenir; les douleurs à droite ont disparu et, particularité intéressante, le malade a continué à rendre des membranes pendant une dizaine de jours, puis la côlite muco-membraneuse a disparu.

Cette année, en 1900, le malade a eu la grippe et, à cette occasion, il a encore rendu dans les selles quelques membranes, puis tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION (due à l'obligation de M. Walther).

La nommée F... Cette malade présentait tous les troubles dyspeptiques d'une appendicite chronique typique.

La malade se sentait continuellement fatiguée; elle ne pouvait ni marcher ni aller en voiture sans souffrir.

Opération le 5 février 1900. — Appendice rétro-cæcal, une masse épiploïque volumineuse recouvre le cæcum et le côlon ascendant. L'épiploon est rougeâtre, vascularisé et présente des noyaux de rétraction.

Des brides épiploïques enserrant le côlon et coudent son angle droit. Du bord gauche de l'épiploon descend une longue frange

qui va adhérer à l'ovaire droit qu'elle tient suspendu. Résection de cette frange. Ligature et résection de l'épiploon en onze pédicules.

L'appendice ascendant externe est contourné en forme de corne d'abondance, il est un peu vasculaire et bridé en son milieu par une lame péritonéale surajoutée au méso.

Appendicectomie.

Résultats opératoires. — La malade va bien, elle ne ressent plus ni les douleurs ni les fatigues d'autrefois, mais elle a conservé encore quelques troubles dyspeptiques.

OBSERVATION (due à l'obligeance du Dr Walther).

X..., opérée le 19 mars 1900.

Cette malade présentait des troubles dyspeptiques qui duraient depuis cinq ans. Le diagnostic fut posé. Rétroflexion douloureuse et appendicite chronique.

Laparotomie médiane. Résection de l'appendice rétro-cæcal, long, moniliforme, vasculaire avec méso gras et dur.

Coupe. — Folliculite à la partie moyenne, oblitération fibreuse de l'extrémité inférieure de l'appendice sur une hauteur de 2 centimètres.

Hystéropexie pour utérus gros et rétrofléchi.

Résultats opératoires. — La malade va très bien.

OBSERVATION (due à l'obligeance du Dr Walther).

Le nommé S..., médecin, opéré le 5 novembre 1898.

Ce malade souffrait de troubles dyspeptiques très anciens; deux mois environ avant l'opération, il se plaignait de petites douleurs accompagnées de nausées, mais sans vomissements, qui survenaient par crises à l'occasion des fatigues et du refroidissement; le point appendiculaire existait nettement.

Opération. — Cæcum gros et flasque, à parois très minces, appendice très long, grêle moniliforme, recourbé en pas de vis autour de son méso un peu rétracté. Résection normale.

Suites opératoires. — Les douleurs ont disparu; les troubles dyspeptiques n'existent plus. Le malade a un très bon état général, il a bon appétit et digère bien la nourriture qu'il prend.

OBSERVATION (due à l'obligeance du D^r Walther).

X..., soigné depuis longtemps pour des coliques néphrétiques. Il y a quatre ans, il a présenté de l'albuminurie qui a disparu au bout d'un certain temps. Ce malade accusait de très grandes douleurs dans la région lombo-iliaque.

Il n'avait pas d'appétit. Ses digestions étaient longues et pénibles; à l'examen physique, on trouvait le rein droit un peu gros et sensible; l'examen des urines ne dénotait rien de particulier, l'albumine qui s'était présentée pendant un certain temps n'existait plus. Le malade ne se rappelait pas avoir jamais émis de gravier dans ses urines et l'on n'eut pas l'occasion d'en constater.

Opération le 19 mai 1900. — Appendice rétro-cæcal de 11 centimètres, bosselé, vascularisé, à méso très gros et très dur. A la coupe, folliculite accentuée et la cavité de l'appendice contenait du muco-pus.

Il s'agissait donc d'une forme de transition avec la forme sub-aiguë; il n'y avait jamais eu de crise aiguë.

Suites. — Très bonnes.

OBSERVATION (Due à l'obligeance du D^r Walther).

X..., enfant de 5 ans et 1/2. Ce petit malade n'a jamais eu de crise. Il souffrait de douleurs vagues dans le ventre et de troubles digestifs très accusés qui duraient depuis déjà longtemps; il avait les yeux cernés, le teint terreux, se plaignait toujours d'être fatigué et maigrissait d'une manière frappante.

Son père était mort d'appendicite, deux cousins avaient eu de l'appendicite et une tante en était atteinte.

Opération le 26 juin 1900. — Appendice interne, long recourbé en S; à la coupe macroscopique: folliculite marquée sur toute la hauteur de l'appendice.

Résultats opératoires.— Disparition complète des troubles digestifs et des phénomènes douloureux ; le malade va très bien malgré la croissance.

OBSERVATION (Due à l'obligeance du Dr Walther).

X..., 21 ans, opérée le 17 mai 1900.

Cette femme souffre de douleurs diffuses dans tout le ventre ; elle a des digestions longues et pénibles. Depuis un an les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite ; elle n'a jamais eu de crises qui l'aient obligée à s'aliter. A l'examen physique on sent l'appendice qui remonte le long du bord externe du cæcum ; cette situation a d'ailleurs été vérifiée par la laparotomie.

Opération. — Appendice en dehors et en arrière du cæcum, très long, 15 centimètres, légèrement vascularisé et à méso très court ; ce méso bride l'appendice et le coude en son milieu.

Examen microscopique. — Folliculite surtout dans la partie moyenne du canal appendiculaire.

Résultats opératoires.— Disparition des douleurs et des troubles dyspeptiques.

OBSERVATION. — (Walther, Société de chirurgie, 7 février 1900).

X..., chez cette malade l'appendicite avait évolué sourdement, d'une façon absolument latente sans aucune poussée aiguë... La malade souffrait depuis très longtemps de troubles dyspeptiques avec douleurs vagues, mauvais état général, amaigrissement progressif. Elle avait épuisé toute la série des régimes ordinairement mis en usage contre la dyspepsie nerveuse, la dilatation d'estomac etc., à quelques reprises, elle avait présenté de petites poussées de côlite muco-membraneuse.

Depuis quatre mois les accidents avaient empiré et M. le Dr Margony qui suivait la malade avait songé à l'appendicite mais sans trouver des signes assez nets pour l'affirmer.

Or les troubles dyspeptiques avaient commencé très nettement il y a douze ans après une fièvre typhoïde.

Dans ces conditions je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'appendicite chronique, reliquat de dothiéntérie, diagnostic qui fut confirmé par mon ami M. Jalaguier et aussi par M. Bouilly à qui je demandai de vouloir bien me donner leur avis. Notre collègue M. Legendre, qui vint aussi me donner son avis médical, accepta la même opinion.

Opération le 5 février 1900. — Appendicectomie.

Examen de l'appendice. — Appendice pas gros ni très long ; il a environ 7 centimètres. En examinant la cavité ouverte sur toute sa largeur, on voit, qu'il y a trois régions absolument distinctes.

1° L'extrémité de l'appendice complètement oblitérée est transformée en un cordon fibreux sur une hauteur de 20 millimètres ;

2° La partie moyenne atteinte de folliculite évidente avec muqueuse boursoufflée, semée d'arborisations vasculaires, de piqueté hémorragique et même de suffusions sanguines assez larges.

3° La base de l'appendice absolument saine sur une hauteur de 25 millimètres environ.

De plus en aucun point de la cavité persistante de l'appendice, dans les deux dernières régions, on ne trouve le moindre rétrécissement ; il n'y avait ni calcul ni concretion fécale.

Résultats. — Cette malade ne souffre plus ; elle se promène en voiture, elle monte à cheval sans éprouver de douleur. C'est seulement lorsqu'elle a fait quelque écart de régime qu'elle éprouve quelques coliques diffuses, mais très légères. L'état général est excellent.

OBSERVATION (Extraite d'une communication faite à la Société de chirurgie, par M. le Professeur agrégé Walther. Séance du 7 mars, 1900.)

... Après les crises d'appendicite aiguë, les exemples d'infection lymphatique sont bien connus. Ils le sont moins, je crois, dans l'appendicite chronique d'emblée. Aussi puis-je me permettre de vous rapporter très brièvement un cas soigneusement observé.

... Une femme de 39 ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge de

24 ans de troubles digestifs, perte d'appétit, douleurs épigastriques sensations de brûlure.

Elle fut soignée pour une dilatation d'estomac, et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement. Mariée à 31 ans, elle eut un enfant bien portant. A 35 ans, à la suite de contrariétés, perte du sommeil, douleurs très violentes de tête, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué avec surexcitation cérébrale continuelle ; on la traite par les douches, les toniques, la viande crue.

Pendant cette crise, les troubles digestifs s'accrochèrent encore et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominantes à droite.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cæcale avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée, plus d'un mois, je n'hésitai pas à mettre sur le compte de l'appendicite chronique ces troubles mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service, le 25 juillet 1899. Je trouvai l'appendice long de 11 cent. 1/2, coudé par des brides péritonéales et dans le méso, tout contre l'appendice un ganglion du volume d'un gros pois.

L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse. Mais le contenu de l'appendice, examiné par Widal, contenait du colibacille et du streptocoque, et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion et cultivée sur gélose a donné du colibacille, et sur bouillon du colibacille et du streptocoque.

Je dois ajouter, que j'ai revu il y a quelque temps cette malade ; bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse, elle digère bien, n'a plus les « douleurs de ventre », qu'elle ressentait autrefois et elle a repris des forces. Voilà donc un fait bien probant d'infection gan-

glionnaire par colibacille et par streptocoque au cours d'une folliculite chronique d'emblée, dont l'évolution régulière n'a jamais été coupée par aucune crise aiguë.

OBSERVATION. — *Appendicite kystique de volume anormal* (Société de chirurgie de Paris, séance du 15 mars 1899. Walther).

Femme jeune, vigoureuse, de très bonne santé habituelle. En mai 1898, très légère crise d'appendicite, sans aucune réaction péritonéale, offrant tous les caractères de la crise dite de colique appendiculaire. Nouvelle crise analogue en septembre : la malade ne garde aucune douleur dans l'intervalle des crises, mais accuse une sensation intermittente de pesanteur, de lourdeur plus bas que la fosse iliaque. Il lui semble qu'elle porte là quelque chose de lourd qui la tiraille et dont elle localise le siège très bas, dans le bassin.

En janvier 1899, nouvelle crise, pas très douloureuse, toujours sans aucune réaction fébrile.

A ce moment, je constate ce que je n'avais pas encore trouvé aux précédents examens, une disposition particulière d'une tumeur qui ne peut pas être autre chose qu'un appendice volumineux. La pression sur la fosse iliaque ne réveille aucune douleur ; plus bas, au-dessus de l'arcade crurale, on détermine à la pression une douleur qui répond très nettement au creux épigastrique, et ne peut être rapportée par conséquent qu'à une adhérence épiploïque ou à l'appendicite. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus mobile, absolument sain ; à droite, l'ovaire mobile, de volume normal, pas douloureux ; immédiatement en arrière et à droite de l'ovaire, une tumeur du volume du doigt, terminée en bas par une extrémité, arrondie et donnant exactement la sensation d'une trompe kystique. Mais le grand axe de la tumeur est vertical ou du moins un peu oblique en bas et en dedans, elle semble remonter vers le bord droit du détroit supérieur, aussi haut du moins que le doigt peut la suivre. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'un appendice volumineux, tombant comme un battant de cloche dans la cavité pelvienne. La pression du doigt sur cette tumeur est douloureuse et détermine aussi une douleur à l'épigastre.

A cette constatation directe, je dois ajouter toute une série de troubles digestifs très accusés, dont souffre la malade, depuis la première crise de douleur appendiculaire (digestions pénibles, difficiles, constipation habituelle). Ces troubles digestifs ont amené un amaigrissement très notable.

Mon ami, M. Le Gendre, médecin de la malade, demande à notre collègue M. Bar, de vouloir bien à son tour pratiquer l'examen des annexes, sans rien lui dire de ce que j'avais constaté. L'examen fait par M. Bar confirme le mien en tous points.

Dans ces conditions, je conseillai une intervention qui fut immédiatement acceptée.

La laparotomie nous montra qu'il n'y avait aucune adhérence épiploïque. Au cæcum était appendu en dedans et en bas cet appendice, que je fis très facilement sortir par un mouvement de bascule et qui se dressa au-dessus de l'intestin, tendu, d'une teinte rosée, transparente.

Vous voyez son volume énorme. Il n'a pas 8 centimètres de long, mais son diamètre est de 3 centimètres, sa circonférence de 9 centimètres. Il est entièrement kystique, clos à 1 centimètre environ de son origine. C'est sur ce court pédicule d'appendice de volume normal, que j'ai placé la ligature et fait la résection au ras du cæcum.

Vous voyez, à la surface de la tumeur, de nombreux filaments, de petites membranes péritonéales et, sur le bord opposé au méso, ces membranes péritonéales se réunissent en une sorte de bouquet, de masse foliacée.

Les suites de l'opération ont été fort simples et la malade peut-être aujourd'hui considérée comme guérie.

OBSERVATION (Walther, Société de chirurgie, 7 février 1900).

X..., homme d'une quarantaine d'années. Chez ce malade, les troubles dyspeptiques étaient arrivés à un tel degré qu'il ne pouvait plus s'alimenter et qu'on avait un instant songé, à cause de l'intolérance gastrique et de l'amaigrissement, à un néoplasme de l'estomac.

Appendicectomie (1899).

Examen de l'appendice. -- Les deux tiers inférieurs de l'appendice étaient oblitérés, le tiers supérieur était en pleine folliculite et en large communication avec le cæcum.

Résultats. — Depuis l'ablation de l'appendice l'appétit est revenu, le malade n'a plus de troubles dyspeptiques et il a repris ses forces et son embonpoint.

OBSERVATION : (Walther. Congrès de chirurgie, Paris, 1898).

Louis-Auguste A..., 37 ans, concierge, entré le 21 mars 1898, hospice de Bicêtre, salle Nélaton, lit n° 14,

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants (mère nerveuse).

Antécédents personnels. — Traumatisme dans le flanc droit (coup de pied de cheval à 28 ans).

Aucune maladie jusqu'au service militaire. Pendant son service reste 22 mois au Tonkin, où il a successivement fièvre typhoïde, pleurésie, dysenterie. Revient en France en 1885. En arrivant à Toulon jaunit, puis fièvre intense revenant par accès pendant un an.

De 1886 à 1896 rien. Son poids moyen est de 142 livres. A la fin de 1896, la maladie actuelle commence par des douleurs de reins et des douleurs dans le côté droit du ventre depuis la région sous hépatique jusqu'à la fosse iliaque. Les douleurs apparaissent immédiatement après les repas ; elles durent quelques heures seulement, parfois plusieurs jours. Au moment de ces accès, il n'a jamais eu de vomissements et il a eu de la diarrhée d'une manière constante. Ces crises s'accompagnent d'anorexie. Elles sont de plus en plus fréquentes, jusqu'à l'époque actuelle, de plus en plus douloureuses et n'ont pas cessé depuis un mois. Le malade est examiné par M. Letulle, qui pense d'abord à la lithiase biliaire, puis à une appendicite.

Diminution progressive de l'appétit. Poids tombé à 130 livres.

Examen au moment de son entrée, 21 mars 1898. — A l'entrée du malade à l'hôpital, l'exploration révèle une douleur à la palpation, douleur diffuse, mal accusée, occupant presque toute la moitié du ventre sans qu'il soit possible de la localiser au foie, au rein ou à

la région cœcale. Constipation marquée. Léger ballonnement du ventre. Au bout de quelques jours de repos, douleur provoquée par la palpation, un peu au-dessus du point de Mac Burney, à l'union du flanc et de la fosse iliaque droite. La palpation profonde permet de sentir une masse verticale, arrondie en forme de boudin (boudin cœcal des auteurs).

Tube digestif. — Tout aliment autre que lait, bouillon et œufs donne une douleur stomacale immédiate, digestion très pénible; ballonnement du ventre et douleur sourde dans la fosse iliaque.

Foie. — Matité du cinquième espace au bord des fausses côtes. Epreuve de glycosurie alimentaire (200 gr.) négative.

Appareil respiratoire. — Quelques frottements en avant et à droite. Expiration prolongée au même sommet, en avant.

Appareil urinaire. — Rien.

Appareil circulatoire. — Rien.

Système nerveux. — Réflexes tendineux normaux. Pas de réflexes pharyngiens. Pas de troubles de la sensibilité. A présenté de l'amblyopie à son retour du Tonkin. Se dit « assez nerveux ».

Opération le 2 avril 1898. — Ether. Incision de Ronx.

Après hémostase soignée, onverture du péritoine. Le cœcum apparaît voilé de l'épiploon, qui lui adhère par son bord sur une longueur de 6 centimètres et suivant une courbe à concavité interne et postérieure. L'estomac est tirailé par ces adhérences au point d'être facilement visible dans la plaie opératoire. Cette adhérence est très épaisse et très vasculaire.

Ligature en chaîne et résection de l'épiploon. En arrière se trouve l'appendice en position verticale ascendante; il est légèrement coudé, peu bosselé; on prend sa base et son méso dans les deux mailles d'une ligature en chaîne. Après cette ligature, dissection et rebroussement de la manchette séreuse. Section de la muqueuse, curettage; on la touche à l'eau phéniquée forte. On rabat la manchette, on la suture au catgut. Drain sur le moignon appendiculaire

Suture de la paroi en trois étages :

2 au catgut	} péritoine muscles.
4 au crin	
	peau.

Pansement avec une bande de gaze iodoformée et un paquet de gaze stérilisée.

Le 4. — Ablation de drain.

Le 12. — Ablation de tous les fils.

Sort le 4 mai, portant une ceinture abdominale.

SUITES. *Revu trois fois en trois mois.* — A recouvré appétit et poids (143). Mange toute espèce d'aliments. Digestion normale.

Examen histologique par M. le Dr Weinberg. — L'appendice long de 6 centimètres et demi, est coudé. Il est oblitéré sur 3 centimètres et demi de son étendue à partir du bout libre.

Nombreuses adhérences épiploïques.

L'examen histologique montre qu'il s'agit ici d'une réinfection aiguë d'un appendice chroniquement enflammé et oblitéré au niveau de son bout libre.

On ne trouve rien de particulier au niveau du bout oblitéré ; à noter quelques rares vaisseaux lymphatiques remplis de globules blancs.

Au niveau de la partie perméable de l'appendice, on constate une appendicite aiguë simple, caractérisée par l'inflammation aiguë du tissu réticulé de la sous-muqueuse et par la participation au processus inflammatoire de tout le système lymphatique de l'organe.

Le péritoine est enflammé et donne lieu à la formation de fausses membranes, surtout marquées au niveau du bord libre de l'appendice.

OBSERVATION : (Jalaguier, Soc. chir., 14 février 1900). Homme de 42 ans, atteint depuis 6 ans de troubles gastro-intestinaux attribués à la dyspepsie et caractérisés par des crises douloureuses avec ballonnement du ventre. A la fin de novembre 1899, crise un peu plus forte que les précédentes avec prédominance de la douleur à droite et existence du point de Mac Burney. Delanglade (de Marseille) eut l'occasion d'observer cette crise et n'hésita pas à porter le diagnostic d'appendicite.

J'ai examiné ce malade le 3 janvier dernier et comme il était fort amaigri, j'ai pu sentir avec une grande netteté l'appendice dur et roulant sous le doigt. J'ai conseillé l'intervention car l'expérience m'a appris que, dans les cas de cette catégorie, une crise aiguë est

toujours menaçante et que, d'autre part, l'incision de l'appendice chroniquement enflammé suffit à faire disparaître la plupart sinon la totalité des prétendus accidents dyspeptiques.

Le 8 février. — Appendicectomie.

Examen de l'appendice. — Long de 8 centimètres ; extrémité effilée et ratatinée, pâle, d'aspect fibroïde, la partie moyenne un peu renflée à la coloration normale ; la base plus congestionnée porte quelques tractus séreux s'étendant sur le cæcum couvert lui-même de néoformations séreuses, rosées, minces et transparentes. Le mésoappendice sain ne renfermait pas de ganglions appréciables. L'appendice a été incisé en long et vous pouvez constater que son extrémité est dépourvue de muqueuse dans une étendue de 15 millimètres environ. La lumière du canal a presque entièrement disparu à ce niveau et la paroi très épaissie est fibreuse : à un centimètre au-dessus existe un rétrécissement très net par épaississement sous-muqueux. Un deuxième rétrécissement se trouvait près du cæcum au niveau du point de section.

Entre les rétrécissements la muqueuse est tomenteuse et boursoufflée. Il semble qu'il y ait dans ce cas comme dans celui de M. Walther un processus ascendant d'oblitération.

J'ai observé depuis deux ans un bon nombre de cas analogues chez des malades atteints de dyspepsie ou de célite muco-membraneuse.

OBSERVATION (Walther. Congrès de chirurgie, Paris 1898).

La nommée X...

Antécédents. — Dans l'enfance, maladie d'intestins grave, vers l'âge de 6 ou 8 ans, sans renseignements précis. Depuis, toujours des troubles gastro-intestinaux plus ou moins accusés. Digestions laborieuses, constipation habituelle; selles glaireuses.

Douleurs de reins, douleurs dans tout le ventre, mais plus à droite.

Longtemps la malade a été soignée par Germain Sée, mais surtout pour des accidents cardio-vasculaires, qui ont été très améliorés par l'iodure de calcium.

En 1894, à Menton, le Dr Galland-Gleize l'examinant pour les douleurs de ventre, dont elle se plaignait toujours, constata la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque et porta le diagnostic de pérityphlite chronique.

En 1895, M. Bouisson vit la malade pour la première fois et trouva en effet dans la région cæcale un empatement profond assez étendu (de quatre traverses de doigt environ en long et en large), non mobilisable, douloureux à la palpation. La malade présentait toujours des signes de cõlite muco-membraneuse. A la suite d'un régime approprié et de grands lavages quotidiens de l'intestin à l'eau bouillie, les douleurs diminuèrent un peu d'intensité, la tumeur iliaque s'effaça aussi en partie, mais les gardes-robes contenaient toujours du mucus et des peaux.

Toute l'année 1896 se passa ainsi, la malade tourmentée surtout par sa constipation, était obligée de passer chaque matin au moins une heure à prendre des lavements pour obtenir une garde-robe.

En 1897, saison à Châtel-Guyon. Irrigations intestinales abondantes qui amènent une légère amélioration; mais aussitôt après fièvre typhoïde bénigne.

Au commencement de 1898, crise légère d'urémie, probablement consécutive à une intoxication alimentaire, car l'albuminurie a rapidement disparu et ne s'est plus montrée depuis.

Examen le 9 avril 1898 avec M. Bouisson. Femme très nerveuse. Embonpoint exagéré. Palpitations fréquentes. Mais pas de lésion cardiaque appréciable.

Abdomen très difficile à explorer à cause de l'épaisseur de la paroi. Douleur diffuse dans toute la moitié droite de l'abdomen et dans la région lombaire droite. Le maximum de la douleur à la pression siège très nettement sur le cæcum. La pression en ce point, outre la douleur locale, provoque une sensation de tiraillement pénible à la région ombilicale. La palpation permet de reconnaître au niveau du cæcum une masse profonde, immobile, qui correspond exactement au point le plus douloureux.

Il existe de plus une rétroflexion douloureuse et un prolapsus de la muqueuse rectale, très pénible à cause des efforts que provoque la constipation opiniâtre:

Ce dont se plaint surtout la malade, en dehors des troubles

digestifs, c'est la douleur constante de la fosse iliaque et surtout de la région lombaire, douleur qui rend la marche très pénible et qui a son maximum d'intensité quand la malade va en voiture.

Le repos, le régime sévère n'amènent aucune amélioration, et sur les instances pressantes et réitérées de la malade je me décide à intervenir.

Opération le 5 mai. — Anesthésie à l'éther.

Incision très longue à cause de l'épaisseur de la paroi. A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon apparaît, masquant toute la région.

L'épiploon tout entier adhère au cæcum, puis au côlon ascendant jusqu'à l'angle du côlon transverse.

Ces adhérences sont fibreuses, anciennes, impossibles à décortiquer de l'intestin. L'épiploon est chargé de graisse, assez vascularisé, mais pas rouge comme dans les cas d'épiploïte récente. Il est réséqué après application d'une série de ligatures en chaîne. La partie terminale de l'épiploon adhérente à l'intestin est liée très près de l'intestin en une série de ligatures isolées pour éviter la coudure de l'intestin, qu'entraînerait la ligature en chaîne sur une aussi longue étendue.

L'appendice est trouvé sous le cæcum en position verticale ascendante interne. Il est réséqué suivant la méthode ordinaire après ligature en chaîne du méso-appendice.

Sutures de la paroi en trois plans : drain en face du moignon appendiculaire.

Ablation des sutures le 13, avec réunion ; mais conservation du drain, le trajet de drainage laissant encore tomber un peu de liquide louche.

Le 20 mai, vingt et un jours après l'opération, la malade fut prise brusquement de fièvre, 39°, avec accélération du pouls (125) et vomissements. Je désunis la plaie pour m'assurer s'il n'y avait pas d'infection profonde du foyer péritonéal au voisinage du moignon appendiculaire. Je ne trouvai rien ; la réunion profonde était parfaite et on ne sentait aucun foyer péritonéal ; je ne pus attribuer cette élévation de température qu'à une intoxication d'origine alimentaire, la malade ayant ce jour-là, pour la première fois mangé du poisson.

La plaie se cicatrissa régulièrement. J'ai revu la malade ce mois-ci ;

elle se plaint toujours de la lenteur et de la difficulté des digestions, la constipation existe toujours presque au même degré. Mais les douleurs lombaires si pénibles ont disparu. L'exploration de la fosse iliaque est absolument négative. La malade peut marcher et aller en voiture sans douleur.

Examen histologique par M. le Dr Wienberg. — L'appendice est régulier et mesure 7 centimètres de long. Son épaisseur est de 6 millimètres sur 4.

Les lésions histologiques, qu'on constate au microscope, sont celles de la folliculite chronique hypertrophique. Elles sont tout à fait caractéristiques, mais ne présentent rien de particulièrement intéressant. On trouve bien quelques lymphatiques remplis de globules blancs dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse, mais ces derniers sont très rares.

OBSERVATION (Ewald : *Appendicite larvée*).

Femme de 30 ans, profondément anémiée par des souffrances datant de longtemps; douleurs vagues dans tout l'abdomen avec exacerbations atroces au moment de la digestion et de la défécation, mais sans localisation bien déterminée; anorexie, constipation opiniâtre, système nerveux profondément touché. Ewald examine la malade avec le plus grand soin sans rien trouver d'anormal du côté des principaux viscères (cœur, poumon, estomac, organes génitaux).

Mais l'exploration de la fosse iliaque droite, faite en dehors de l'instigation de la malade, le mit sur la voie du diagnostic, le cæcum était dilaté et le siège de gargouillements très nets. Tout à côté on sentait un noyau gros comme le pouce, dur et sensible à la pression.

Sonnenburg invité à donner son avis n'hésita pas à confirmer le diagnostic d'Ewald. L'intervention fut décidée. On trouva un gros appendice à parois épaissies et dont la cavité renfermait un peu de liquide louche teinté de sang; il n'y avait pas de perforation, mais seulement deux petites ulcérations très superficielles; d'innombrables adhérences isolaient le petit organe des parties voisines.

Suites simples. — Depuis, cette dame jouit d'une parfaite santé.

OBSERVATION (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Walther). — Mme Marie S..., 36 ans. Souffre depuis plus de dix ans de douleurs abdominales et de phénomènes dyspeptiques qui, à plusieurs reprises, l'ont rendue véritablement impotente.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Enfance malade, eczéma impétigineux persistant ; dans l'adolescence, variole avec double otite suppurée, l'oreille droite ayant gardé depuis un écoulement intermittent.

Tendance à la constipation avec parfois selles glaireuses, santé plus satisfaisante à partir de la puberté, mais la constipation persiste.

Accouchement à vingt-cinq ans, métrite consécutive guérie par un curettage pratiqué par M. Walther à la Charité, en 1889, trois mois après l'accouchement.

Deux mois après, seconde métrite avec léger envahissement annexiel, le tout ayant rapidement cédé à un second curettage pratiqué à l'Hôtel-Dieu, également par M. Walther.

C'est à peu près depuis son accouchement, remontant aujourd'hui à onze ans, que la malade souffre du ventre continuellement ; digestions lentes et pénibles avec renvois acides, ballonnement abdominal douloureux, le tout exagéré par des aliments déterminés : viande rouge, sauces grasses, fritures, café, vin rouge.

Simultanément, installation de douleurs de reins très vives, diffuses, surtout marquées à la partie inférieure de la région lombaire du côté droit, d'où elles s'étendent au flanc, à la fosse iliaque et à la face antérieure de la cuisse droite. Ces douleurs persistantes sont encore exagérées par la marche et même par la station debout, au point que la malade doit renoncer presque à tout travail ; l'approche des règles détermine également des recrudescentes.

Au cours des paroxysmes douloureux, quelques troubles de l'urination, mais peu précis, consistant surtout en crises polyuriques.

Tous ces phénomènes, survenus insidieusement, vont en s'accroissant pendant plusieurs mois et retentissent vivement sur l'état général : la malade maigrit, voit s'exagérer son nervosisme habituel, elle est tout à fait impotente. M. Walther pense à la néphropose chez une grande dyspeptique et cela d'autant mieux que la palpation du flanc droit lui a donné la perception d'un corps épais,

tendant, sous la pression à filer vers l'hypocondre : il prescrivit, avec le régime approprié à la cœlite (laitages, œufs, légumes en purée), le port de la ceinture spéciale à pelote abdominale qui détermine un soulagement manifeste.

Les phénomènes douloureux lombaires tendent à s'atténuer à la longue, mais les troubles dyspeptiques et nerveux persistent. Améliorés momentanément par l'usage des douches, ils furent exagérés ultérieurement par des abus d'éther et des bromures.

Pendant les quatre dernières années, état plus satisfaisant, les phénomènes dyspeptiques ont cédé au régime, mais tendent à reparaître à chaque infraction ; dès que la malade essaie de reprendre de la viande rouge ou même du vin, elle est prise régulièrement, quelques heures après le repas, de ballonnement du ventre avec pesanteur épigastrique et inquiétude, puis vives douleurs, sensations d'élançements dans le flanc droit et la fosse iliaque, s'étendant aux reins et même à tout le ventre et à la cuisse droite dans les cas les plus intenses, avec agitations, sueurs froides, état nauséux, mais sans vomissement ni diarrhée consécutive.

Tous ces phénomènes durent plusieurs heures, la malade passe une nuit atroce, quand l'écart de régime a eu lieu au repas du soir ; la fatigue et tout ce qui vient exagérer momentanément l'état névropathique peuvent avoir une influence analogue. En dehors de ces crises l'appétit est conservé, amaigrissement moins marqué, constipation modérée, selles non glaireuses, mais la moindre fatigue détermine des douleurs de reins et le port de la ceinture doit être continué.

Revue à de fréquentes reprises par M. Walther qui, en présence de ces paroxysmes douloureux nettement liés aux phénomènes d'intolérance élective si caractéristiques, est de moins en moins satisfait de son diagnostic de néphroptose, et prévenu par l'expérience de quelques cas antérieurs, il se persuade de plus que ces phénomènes de cœlite paroxystiques et prédominants à droite peuvent être entretenus, en l'absence de toute autre cause possible, par un état morbide de l'appendice.

Depuis un an, du reste, l'allure de l'affection va en accusant son origine appendiculaire ; la santé s'est altérée davantage (ce que la malade attribue à des excès de sirop d'iodure de fer) ; les douleurs

sont de plus en plus vives, mais leur maximum est dans la fosse iliaque et non plus dans la région lombaire ; elles s'accompagnent d'état saburral des voies digestives ; langue sale, bouche mauvaise, anorexie, état nauséux, constipation persistante nécessitant des purgatifs répétés qui exagèrent ces phénomènes douloureux et déterminent même parfois de légers mouvements fébriles.

Les douleurs tendent à se reproduire par crises de plus en plus intenses et plus rapprochées : douleurs très vives de la fosse iliaque droite, s'irradiant vers les lombes et surtout vers la crête iliaque et jusque dans la cuisse droite ; pas d'hypéresthésie locale, ni de défense de la paroi, les mouvements du membre inférieur droit et les contractions de la paroi abdominale restent possibles, non douloureux ; ballonnement du ventre, état nauséux sans vomissements.

Ces crises douloureuses apyrétiques durent quatre à cinq jours, se reproduisant irrégulièrement une à deux fois par mois sous l'influence des mêmes causes : fatigue et surtout écarts de régime (vin, viande rouge) et purgatifs. Les phénomènes douloureux tendent de plus en plus à débiter brusquement, atteignant d'emblée toute leur intensité.

Dans l'intervalle des crises, pas de sensibilité spontanée de la région mais la palpation profonde de la fosse iliaque y détermine une vive douleur suivie d'endolorissement prolongé ; la malade doit cesser de porter la ceinture, dont la pelote, loin de lui procurer aucun soulagement, est devenue intolérable ; les phénomènes dyspeptiques antérieurs ne se sont pas accentués, mais l'état saburral reste continu et l'amaigrissement fait de nouveau des progrès.

En août, crise douloureuse fébrile ayant nécessité plusieurs jours de repos au lit.

Le 24 avril dernier, dernière crise de même caractère que les précédentes, mais plus intense et accompagnée d'un peu de fièvre pendant deux à trois jours.

Entrée à la maison Dubois le 3 mai ; maigreur assez marquée, teint coloré, nervosisme, mais pas d'hypo ni d'hypéresthésie localisée, ni de points hystérogènes ; abdomen d'aspect entéroptotique, déprimé surtout au niveau de l'épigastre, tandis que l'hypogastre tend plutôt à bomber ; épigastre sensible à la pression, colon

descendant et S iliaque vides et rétractés, constituant un boudin indolore de la grosseur du pouce, très accessible au niveau de la fosse iliaque, se perdant au-dessus et au-dessous d'elle ; à droite, cordon irrégulier également très superficiel, très sensible à la pression ; ce cordon de la grosseur du doigt, non mobilisable, est allongé dans la fosse iliaque, parallèlement à l'arcade et à trois doigts au-dessus ; en bas il se perd dans le pubis en dedans du psoas, en haut il ne dépasse guère la ligne ilio-ombilicale ; c'est à cette extrémité supérieure, qui répond exactement au point de Mac Burney, que les douleurs provoquées par la pression sont les plus vives, douleurs de même caractère que celles qui sont ressenties spontanément au même siège au moment des crises ; elles persistent très pénibles pendant plusieurs heures, après chaque séance de palper.

Le toucher vaginal révèle un gros utérus mobile avec un fibrome sensible de la grosseur d'un œuf de pigeon, implanté à la face antérieure de l'isthme et tendant à se développer dans le ligament large droit ; ce fibrome s'est traduit depuis quelques mois par quelques pesanteurs pelviennes et de la dysménorrhée avec retour prématurée des règles et augmentation de leur durée.

Opération le 9 mai 1900. — Anesthésie au chloroforme, position de Trendelenburg, incision sus-pubienne médiane de 15 centimètres, l'appendice est trouvé facilement, malgré l'incision peu favorable, il est en position rétro-cæcale et correspond assez bien au cordon induré dénoté par le palper.

L'appendice extrait et isolé par des compresse de champ opératoire, se montre coudé et aminci dans le tiers de sa longueur à partir de la pointe, la coudure est due à de la rétraction cicatricielle de la partie correspondante du méso qui maintient la pointe de l'appendice presque au contact du cæcum ; le méso est lié le long de son insertion à l'appendice par deux points enchaînés au catgut n° 2, et l'appendice est libéré à mesure puis lié à la base avec le chef libre de la dernière anse de catgut ; section circulaire séro-musculaire sur l'appendice à un centimètre au-dessous de sa ligature, décollement et retroussement de la manchette séreuse (décortication facile) ; section de la muqueuse appendiculaire au thermocautère près de la ligature, évidemment de la muqueuse à la

curette, assèchement de sa cavité avec la pointe-du thermo; fermeture de la manchette par quelques points de catgut n° 00, enfouissement sous le moignon du méso qui est suturé à la paroi cæcale.

Les annexes utérines sont saines.

L'utérus présente quelques petits fibrômes du fond pédiculés et le fibrome sessile de l'isthme déjà signalé tendant à se développer dans le ligament large du côté droit; son énucléation n'étant pas possible, on procède à l'hystérectomie abdominale sus-vaginale par le procédé américain en conservant les ovaires, puis un long surjet de catgut n° 2, tracé de droite à gauche comme les incisions séreuses, enfuit le moignon cervical refermé et les ligatures du catgut mises sur les utérines, les utéro-ovariennes et les ligaments ronds; l'hémostase est complète.

Sutures. Drain.

Examen de la pièce. — L'appendice enlevé est long de 7 centimètres, son ouverture nous montre : le premier tiers à partir de la pointe, qui était coudé et aminci sur une longueur de deux centimètres, par rapport au reste de l'organe, est transformé en un cordon fibreux plein; le tiers moyen nous présente une large plaque de folliculite récente, allongée dans le sens de la lumière de l'organe, à surface muqueuse, marquée d'un pointillé hémorrhagique.

Le tiers de l'organe qui avoisine la base paraît sain. Ainsi la lésion paraît évoluer très lentement de la pointe à la base, tendant en définitive à la sclérose oblitérante.

Suites. — Les suites furent normales, seul le poulx se maintint à 100 tout en restant régulier pendant les deux premiers jours.

L'alimentation a pu être bientôt reprise progressivement; au moment de sa sortie (5 juin), la malade a repris des forces, elle digère facilement, même les viandes blanches, aucun phénomène douloureux; il ne persiste plus qu'un peu d'atonie intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

BRUN. — Articles parus dans la Presse médicale (mai 1897) ; communication à la Société de chirurgie (séance du 14 février 1900) ; article appendicite in *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, Comby et Marfan.

V. BOBROFF. — 1898. Traitement chirurgical de l'appendicite (Meditzinskœ Oborrenié, 1896, n° 16, p. 301, 303).

BRUN et LETULLE. — Lésions histologiques de l'appendicite (Presse médicale, 4 août 1897).

BARETTE (de Caen). — Séance Soc. chir. 1^{er} mars 1899).

CABOT. — A case of relapsing appendicitis in which the appendix was removed in an interval between the attacks ; with recovery (Boston med. and surg. Journal, 1891, CXXIV, n° 3, 57).

CHEVALIER. — Appendicite pelvienne (Thèse Paris, 1900).

DELAGENIÈRE (du Mans). — Des relations de l'appendicite et des affections des annexes (Congrès français de chirurgie du 18 au 20 octobre 1897).

DELBET (Pierre). — Appendicite et salpingite (Leçons. Hôtel-Dieu Paris, 1899).

DIEULAFOY. — Toxicité de l'appendicite (Séance Acad. méd. octobre 1898).

G. W. ELLIOT. — Excision of the vermiform appendix between the attacks ; in a case of chronic appendicitis, the appendix being found in an ileo-cæcal fossa (The amer. Journal of the med. sciences, 1891, Cl. 556).

JALAGUIER. — Société chirurgie, 11 février 1900. — Procédé opératoire (Presse médicale. Paris, 1897). — Article Appendicite in *Traité chirurgie de Duplay et Reclus*.

EWALD. — De l'appendicite larvée (Langenbeck's. Archiv. für Klinische Chirurgie, 1899. Vol. LX. n° 1, p. 80).

LETULLE et WEINBERG. — Histologie pathologique des appendicites (Presse médicale, 4 août 1897).

LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite (Thèse, Paris 1899).

KLECKI. — Ueber Darmausaltung, (aus dem Laboratorium des Chirurgeschen Klinik des Prof. Rydygier in Krakau).

— Wiener Klin. Wochens, 1894, n° 35, p. 457 et 461.

MÉLIER. — Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cæcal. (J. med. chir. et ph., Paris, 1827, p. 317).

MONTAIS. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (Thèse, Paris 1900).

TALAMON. — La colique appendiculaire (Paris 1900).

TILLAUX. — Acad. de médecine (Séance du 7 mars 1899).

TERRIER. — De l'appendicite (Revue de chirurgie, 10 janvier 1900).

ROUX. — Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée (Revue médicale de la Suisse romande, 1890, n° 4 p. 325).

WALTHER. — Congrès français de chirurgie du 17 au 22 octobre 1898, et communications à la Société de chirurgie (mars 1899, février et mars 1900, juillet 1900).

MATHIEU. — Lithiase intestinale et lithiase appendiculaire (31 mars 1896).

REYNES (de Marseille). — (Congrès de chirurgie du 2 au 9 août 1900).

H. RIESE. — Pyélite et appendicite chronique (Langenbeck's Archiv. für Klinische Chirurgie, 99 Vol. LX, n° 1, p. 88).

RECLUS. — Entéocolite et appendicite (Acad. méd. 30 mars 1897).

— Discussion sur l'appendicite (séances de l'Acad. méd. mars 1899).

RENDU. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques (Gazette des hôpitaux, 6 et 13 avril 1897).

Vu : *le Doyen de la Faculté,*
P. BROUARDEL.

Vu : *le Président,*
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

